CAT DEVANT UN SUJET MUTIQUE ET RETICENT

INTRODUCTION :

Le Mutisme est l'Absence de production verbale en dehors de tt déficit d'acquisition ou d'atteinte organique des centres cérébraux ou des organes de la phonation ; est une urgence de part la souffrance importante qu'il engendre et l'étiologie qu'il masque

- Peut être total ou partiel (semi mutisme ou mussitation), global ou sélectif, permanent ou transitoire, intentionnel ou non

II - Eléments cliniques d'orientation diagnostique :

- - Gémissements du Mélancolique
- - Perplexité anxieuse du confus, du délirant du l'angoissé, et de l'halluciné.
- - Propos incohérents du sujet âgé
- - Discordance et/ou repli autistique du Schizophrèn Vécu hallucinatoire (attitudes d'écoute)

- - Méfiance et réticence du persécuté
- - Suggestibilité de l'hystérique
- - Troubles de l'humeur (« masque' » de tristesse du mélancolique

Diagnostics différentiels :

- - Aphasie
- - Mutité
- **Une hospitalisation est indiquée pour étayer le dc**

III - Les causes se répartissent en mutismes lucides et mutismes non lucides :

a- Causes de mutismes lucides :

- Patient semble présent, orienté et à l'écoute
- 1° Bouderie maussade du Psychopathe
- Contexte de simulation et/ou de manipulation, à but utilitaire plus ou moins évident

2- Mutismes délirants

- - Vécu de persécution
- - Ambiance de secret

- - Ordre hallucinatoire sensoriel ou psychique
- - Thématique mégalomaniaque
- - Thématique d'auto-accusations délirantes (mélancolie délirante)
- 3- Mutismes de sidération (‘' aphonies hystériques'') réactionnels à trauma psychique
- Début brutal, écriture conservée le + souvent et contexte théâtral
- Mutisme vécu sans angoisse (‘' belle indifférence'' de l'hystérique)
- Parfois ‘' état de mutisme'' dans névrose grave : début brutal, angoisse majeure+++ et sédation rapide
- Une hospitalisation brève est souvent nécessaire pour extraire le patient de son milieu conflictuel.

Causes de mutismes non lucides :

- Patient semble absent, inattentif…
- 1° Mutisme maniaque
- Ludique (jeux, grimaces, rires, chants.)
- 2° Mutisme mélancolique
- Balbutiements et gémissements

- Risque majeur de tentative de suicide brutale et grave.

3° Mutisme catatonique (SZP)

4° Mutisme confusionnel ‘’ le + total et le + fermé’’

- Mutisme démentiels du sujet âgé obéissant à des mécanismes complexes et intriqués
- - Episodes confusionnels
- - Détérioration des fonctions sup.
- - Vécu persécutif et/ou hallucinatoire
- - Troubles aphasiques liés à une fréquente composante vasculaire
- - Presby-acousie associée
- Paralysie générale (syphilis tertiaire neurologique) à forme mélancolique, mégalomaniaque ou hypocondriaque.

CAT DEVANT UN SUJET RETICENT

I - Définition :

Echec dans la relation entre un soignant et son malade.

De point de vue psychiatrique : Réticence a un sens de dissimulation de troubles mentaux graves pouvant mettre en danger le malade ou autrui.

II - Contextes possibles :

La Réticence peut être :

A- Une conduite de dissimulation lucide, volontaire et délibérée, elle peut s'observer chez :

- Les personnalités anti-sociales.

- Alcooliques plus au moins contraints à entreprendre une cure sous la pression de l'entourage ou de la loi.

- Toxicomanes, plus au moins délinquants et rejetés par la société

B- Une conduite pathologique :

- Conduite délirante ou hallucinatoire

- Projet suicidaire….

- Patient est réticent et dissimule une idée pathologique, mais la structure de la réticence est toujours une réaction compréhensible : des symptômes engendrant d'autres symptômes.

Réticence trouve sa cause dans l'état mélancolique plutôt que dans la conduite suicidaire ; la réticence, qu'elle soit celle du délirant persécuté, jaloux passionnel, paranoïaque méfiant, mélancolique….est bien incluse dans le délire.

- Réticence par jeu du maniaque qui se tait un moment puis s'exprime tour à tour sur un ton enjoué, ironique, ou le plus souvent franchement agressif
- Réticence peut faire partie intégrante de la dissolution schizophrénique; ce n'est plus méfiance, ni moyen de défense, ni silence mais une difficulté à formuler une pensée

III. CAT:

- - Dépend de l'étiologie
- - Entretien avec le patient et soutien psychologique

- - Traitement médicamenteux : NLP, Anxiolytiques… (selon la cause)

CAT DEVANT UN SUJET VIOLENT ET DANGEREUX

I – Introduction :

- C'une urgence psychiatrique pouvant mettre en jeu la vie du patient, de sa famille et des soignants. Elle est toutefois rare et il ne faut pas toujours assimiler la maladie mentale à la dangerosité.

- L'examen d'un sujet agressif et dangereux est difficile et l'infirmier en psychiatrie doit savoir affronter ce genre de situations.

L'objectif de ce chapitre est de faire connaitre les modalités de prise en charge et d'évaluer au mieux le degré de dangerosité et la possibilité de passage à l'acte pour mieux y faire face.

II – Clinique :

- La clinique des sujets violents et dangereux se calque sur celles des sujets agités (cour de la CAT des états d'agitations)

III – Etiologies :

- La fureur épileptique
- Paranoïa
- Schizophrénie et BDA
- Alcoolisme
- Toxicomanies
- Manie délirante
- Mélancolie

- Personnalités pathologiques :
- Retard mental.
- Etats névrotiques
- Certaines pathologies neurologiques peuvent s'accompagner de violence et de dangerosité (neurosyphilis, méningites, démences,….)

1- La fureur épileptique :

- Le patient peut présenter des impulsions clastiques suicidaires, sexuelles ou meurtrières.
- L'affectivité peut être gravement perturbée avec apparition de passages à l'acte agressifs parfois dramatiques.
- Le trt repose sur le valium injectable+ PEC en neurologie

2 – Paranoïa :

- Il peut s'agir d'un patient méfiant, avec surestime de soi et fausseté du jugement, revendicateur et menaçant. Il peut construire des raisonnements cohérents à partir d'un postulat réel mais aller très loin dans ses interprétations erronées ce qui peut entraîner un danger pour ses proches surtt identifiés comme persécuteurs allant jusqu'au meurtre.
- Des interventions médicolégales peuvent ainsi s'imposer
- Trt : NL

3 - Schizophrénie et BDA :

- actes violents surviennent de manière imprévisible, irrationnelle, avec délire mal systématisé
- Trt spécifique : NL incisifs et sédatifs.

4 – Alcoolisme:

- L'alcool a un effet désinhibiteur. Sa consommation entraine donc une libération des pulsions.
- le patient peut être subitement en proie à une fureur suraiguë. Il peut même avoir des idées délirantes qui peuvent être responsables de réactions agressives brutales poussant le sujet à des tentatives de meurtre ou de suicide.

Manie délirante :

- - Un état d'excitation psychique avec agitation psychomotrice, euphorie, idées de grandeur, labilité de l'humeur et fuite des idées orientent vers la manie. Parfois une colère peut éclater avec refus des soins et de l'hospitalisation.
- - Trt : NL. L'adjonction d'un thymorégulateur s'impose.

Mélancolie :

- Un patient gravement déprimé peut être dangereux pour lui-même et son entourage (suicide altruiste)
- Hospitalisation, antidépresseurs et NL sédatifs

Personnalités pathologiques :

- - Psychopathie : Impulsivité, caractère vindicatif envers l'entourage dominent cette personnalité. Des décisions médicolégales peuvent s'imposer.
- - Borderline : surtout pdt les ph addictives et d'impulsivité

Cas à part :

- - L'hypoglycémie peut entrainer une agitation voire un cprt violent. Y penser chez un diabétique mal équilibré.
- - Tumeurs du système limbique ou de l'amygdale
- - Des conduites agressives peuvent s'observer en dehors de toute affection organique et de toute pathologie psychiatrique. Il s'agit de pertes de contrôle brutales disproportionnées au facteur de stress psychosocial déclenchant et survenant chez des personnes probablement prédisposées mais ne présentant aucune manifestation impulsive ou agressive entre les épisodes. Ces troubles sont classés comme troubles explosifs isolés ou intermittents.

iii- CAT aux urgences :

- **A - Evaluer la dangerosité et la possibilité de passage à l'acte :**

  - - Il n'existe pas de cause unique à la violence et plusieurs facteurs s'ajoutent les uns aux autres, déterminant la dangerosité. Il faut donc évaluer la personnalité, les circonstances de l'examen, la consommation ou non de drogues… Ces facteurs associés peuvent justifier qu'on fasse preuve d'une extrême prudence.
  - - Par ailleurs, un patient violent est potentiellement dangereux mais un patient non violent voire inhibé peut l'être tout autant.
  - - 3 sortes d'indices pour évaluer la violence : diagnostiques, anamnestiques et comportementaux.
  - Diagnostiques : l'étiologie peut faire évoquer la violence mais son diagnostic n'est pas toujours aisé en urgence
  - Anamnèstiques : renseigne sur une potentialité individuelle (ATCD de violence impulsive, évolution de plusieurs années sans violence physique est rassurante.

- Il faut savoir qu'un entourage provocateur, un alcoolisme chronique évoluant depuis plusieurs années, un délire paranoïaque évoluant à bas bruit peuvent précipiter un passage à l'acte chez un sujet jusqu'alors calme voire inhibé).
- comportementaux : fournit les principales données sur l'imminence d'un acte agressif. On se basera sur l'analyse de : l'activité psychomotrice, le langage, la posture, la tension musculaire.

B - la conduite a tenir :

- Le patient amené par sa famille ou par les autorités, peut être ligoté, dans ce cas, il ne faut pas le libérer qu'après l'avoir examiner
- Jamais examiner le patient seul, toujours s'entourer d'aides ; Maintenir une distance d'au moins la longueur d'un bras tendu et éviter de tourner le dos au patient ; mais éviter de montrer sa peur ou sa réticence au patient car le désir de fuir et d'éviter le contact peut renforcer certaines craintes délirantes.
- Il faut se présenter clairement comme infirmier, le rassurer et lui demander « comment puis-je vous aider ? »
- Aider le patient à parler de son trouble, si on n'arrive pas à entrer en contact avec lui, s'entretenir avec la famille pour s'enquérir des ***circonstances de survenue***, des ATCD psychiatriques personnels (consommation de drogues et d'alcool, prise médicamenteuse, ATCD judiciaires, ATCD médicaux, ATCD de passage à l'acte, traits de personnalité), et les ATCD familiaux.
- Il ne faut pas imposer l'immobilité de la position assise ou couchée à un sujet très angoissé et ne jamais parler plus fort que le patient même s'il parle fort.
- Eviter d'aborder de front les sujets épineux pouvant provoquer des réactions intempestives et attendre que s'installe un climat de confiance avant d'explorer le champ de la pathologie.
- Si le patient reste agité et menaçant, la médication sédative s'impose. Les neuroleptiques sédatifs seront utilisés de façon systématique, sauf contre indications, en association ou non avec des anxiolytiques :

- Largactil : 25 à 50 mg en une seul injection en intramusculaire, celle-ci peut être répétée 2 à 3 fois par jours.
- Nozinan : 25 à 50mg en une seule injection en intramusculaire et qu'on peut répétée 2 à trois fois par jour.
- Ces deux neuroleptiques peuvent être associés à l'haldol à la dose de 25 à 50 mg en une seule injection en intramusculaire qui peut être répétée 2 à 3 fois par jour.
- Dans les états de violences graves et certaines toxicomanies (alcool, et anxiolytiques), on peut ajouter les anxiolytiques comme le valium à la dose de 10mg 3 fois par jour.
- La contention physique peut être nécessaire en dernier recours mais cette décision doit être mûrement réfléchie et respecter certaines règles d'éthique à savoir la dignité du patient et une surveillance étroite.
- Après sédation, profiter de l'occasion pour pratiquer un examen somatique et un bilan biologique.
- De cet entretien avec le patient et sa famille peuvent se dégager plusieurs orientations diagnostiques.

Conclusion :

Le sujet violent et dangereux est une urgence psychiatrique nécessitant une prise en charge adaptée.

Savoir apprécier le risque d'acte dangereux ainsi que le risque de récidive qui augmente s'il persiste un trouble psychiatrique (délire), des conduites pathologiques (alcool, toxicomanie), s'il existe une personnalité pathologique sous-jacente psychopathique par exemple ou une affection organique telle que l'épilepsie ou la démence.

Les mesures thérapeutiques dépendent du diagnostic.



CAT DEVANT L'ATTAQUE DE PANIQUE

INTRODUCTION :

« Crise d'angoisse aigu » et « attaque de panique » désignent la même entité diagnostique. Nous utilisons le plus souvent l'expression « AP » employée dans les classifications internationales.

- **La CA ou AP est une urgence psychiatrique fréquente** .
- Sa prévalence sur une vie entière dans la population générale varie entre 1 et 3%, très souvent rencontrée en consultation de médecine générale
- Le risque réside dans le passage à l'acte violent ou suicidaire , ainsi que dans la méconnaissance d'une pathologie organique sous jacente, pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

DEFINITION :

- ❖ La crise d'angoisse aigue définit un épisode bien délimité à survenue brutale, de crainte, d'insécurité, d'inconfort ou de malaise intense se manifestant par une symptomatologie anxieuse psychique, physiologique et comportementale.
- ❖ L'anxiété et l'angoisse sont définies par une peur sans objet, l'angoisse serait le versant somatique et l'anxiété le versant psychique.

A distinguer :

- ➢ La crise isolée de la crise répétée
- ➢ La crise liée à une étiologie médicale, chirurgicale ou toxique.
- ➢ La crise évoluant dans le cadre d'une affection psychiatrique en évolution.

DIAGNOSTIC POSITIF :

- le patient est un sujet jeune (entre 20 et 30 ans), souvent une femme qui se présente seul, ou accompagné d'un proche, rarement amené par les autorités suite à un passage à l'acte auto ou hétéro agressif
- Dès le premier contact, il y a une grande demande d'aide et de réassurance envers le médecin
- Le patient parait plongé dans un grand désarroi, et décrit une expérience de douleur psychique et/ ou physique insupportable.

a - Symptômes psychiques

- Sentiment de catastrophe imminente : peur de mourir, de tomber, de perdre le contrôle ou de devenir fou...
- Dépersonnalisation, déréalisation, sensation d'accélération ou de ralentissement du cours de la pensée...
- Modifications sensorielles : sensation de perte d'équilibre ou de repères, distorsion de la perception du temps ou de l'espace...

b - Manifestations somatiques:

Très présentes et parfois impressionnantes :

- Symptômes cardio-vasculaires : oppression thoracique précordialgies, palpitations, troubles du rythme (extrasystole), état syncopal
- Symptômes respiratoires : impression d'étouffement, respiration haletante, crise asthmatiforme, dyspnée, toux, bégaiement, aphonie
- Symptômes digestifs : sensation de barre épigastrique, nausées, vomissements, coliques, troubles du transit, pollakiurie

- Symptômes neuromusculaires : vertiges, tremblements, céphalées, impression de paralysie des membres
- Symptômes vasomoteurs : frissons, bouffées de chaleur, refroidissement des extrémités

c - *Manifestations comportementales :*

- Toutes les manifestations comportementales peuvent se voir, le la grande agitation psychomotrice au tableau d'inhibition.
- Raptus anxieux : impulsion, souvent imprévisible, pendant laquelle le malade peut faire un passage à l'acte suicidaire

Evolution :

- La fin de la crise survient en général de façon brutale spontanément ou sous l'effet de la chimiothérapie avec parfois débâcle diarrhéique, asthénie et une sensation de soulagement en fin de crise.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- ***La crise d'angoisse peut accompagner une pathologie somatique telle*** **:**
    - Cardiaque: angine de poitrine ou IDM, Embolie pulmonaire,
    - Respiratoire: Pneumothorax, Crise d'asthme
    - Endocriniens: Hypoglycémie, Hyperthyroïdie,
    - Neurologiques: Epilepsie temporale, Hémorragie méningée
    - Digestifs: Perforation d'UGD, Colique néphrétique,
    - Corticoïdes, sevrage aux BZD, opiacés, alcool

Les pathologies mentales :

- Le trouble panique :

    - multiplicité des crises avec fréquence variable

    - absence de facteurs déclenchants

    - apparition progressive d'une anxiété quasi permanente avec anxiété anticipatoire

- Les phobies
- Le TOC
- Les états de stress post-tromatiques
- Les personnalités pathologiques
- Les psychoses
- Les toxicomanies

Les troubles de l'humeur

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

➔ Eliminer une étiologie organique :

- L'interrogatoire, l'examen physique et la recherche de perturbations des constantes vitales sont indispensables
- Certaines pathologies organiques peuvent être à l'origine de symptômes anxieux :
- cardiovasculaires : IDM, angor, poussée hypertensive
- - pulmonaires : OAP, crise d'asthme, embolie pulmonaire
- - neurologique : épilepsie temporale, crise migraineuse
- - endocriniennes : hyperthyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome, cushing…
- - autres : hémorragie interne, ulcère gastroduodénal, pancréatite…

➔ **Eliminer une urgence psychiatrique:**

- Evaluer le degré d'urgence en appréciant le risque suicidaire .
- Ecarter les deux urgences psychiatriques la mélancolie anxieuse et l'accès psychotique aigue.

COMPLICATIONS :

- En plus des complications immédiates, dominées par le risque de raptus anxieux, avec un risque de **fugue**, **d'agressivité** ou de **geste suicidaire** ; anxiété anticipatoire, trbl panique ,agoraphobie. un état dépressif

L'alcoolisme, l'abus d'anxiolytiques, les conduites addictives, des phobies multiples ainsi que le handicap social qui accompagne le trouble anxieux rend nécessaire de ne pas banaliser cette pathologie.

CAT THERAPEUTIQUE :

Indications d'hospitalisation :

- ✓ doute sur une origine organique
- ✓ crise ne cédant pas malgré un ttt adapté
- ✓ crise révélant une pathologie psychiatrique aigue
- ✓ raptus suicidaire

Prise en charge en urgence

- ➢ Reconnaître une attaque de panique
- ➢ Eliminer un risque vital : Urgence organique et raptus suicidaire
- ➢ Savoir démarrer un traitement pharmacologique

- Une fois l'attaque de panique diagnostiquée cliniquement, ainsi qu'une étiologie organique écartée ; la première intervention vise à calmer le patient, en lui assurant l'absence de danger mortel, et doit permettre d'éliminer une urgence organique
- Isoler le patient : l'éloigner des facteurs anxiogènes extérieurs et de l'inquiétude de l'entourage, rechercher les facteurs apaisants et amplificateurs.
- Dédramatiser la situation : en instaurant une relation de confiance, et une ambiance rassurante ; avec évaluation du risque suicidaire.
- Effectuer un examen clinique (avec ECG autant que possible) et recherche d'antécédents pouvant orienter vers une urgence organique, iatrogène ou toxique.
- En général, la présence médicale et l'examen somatique sans particularité suffisent à désamorcer la crise ; dans le cas contraire on peut avoir recours au traitement pharmacologique, qui repose essentiellement sur les anxiolytiques :

- Forme orale d'un anxiolytique à absorption rapide : **lexomil** 6mg (1/4 ou ½ cp, maximum 1cp par jour), **lysanxia** 10mg, (½ cp, maximum 15mg par jour), **alpraz** 0,5 mg (1/2 à 1cp, maximum 3mg par jour, Valium 10mg (1/2 à un cp, maximum 30mg par jour), **temesta** 2,5mg (1/2 à un cp, maximum 7.5mg par jour).
- la voie injectable peut être préférée : **Tranxène** 20-50 mg, **Valium** 10 mg
- Le recours à des neuroleptiques sédatifs est possible, si agitation importante
- Par la suite, la réévaluation des circonstances et modalités de survenue de l'attaque de panique, permettra de distinguer entre :

- **1 -** un épisode isolé ou réactionnel de l'attaque de panique:
- - Traitement par anxiolytiques pendant une période limitée (1 à 2 semaines) ; avec dégression
- - Psychothérapie de soutien
- - Conseils sur l'hygiène de vie (éviter les substances et situations anxiogènes, sport ou relaxation...)
- **2** - ou la crise d'angoisse dans le cadre d'un trouble anxieux (le trouble panique ou le trouble phobique ou autres) ou un trouble mental.

CONCLUSION :

Le caractère fréquent voire banal d'une crise d'angoisse peut conduire à sous estimer la qualité d'expérience de souffrance que traverse le patient.

L'enquête étiologique est nécessaire pour une meilleure prise en charge ultérieure.

LES ETATS D'AGITATION

I- INTRDUCTION :

Gérer un état d'agitation est une expérience potentiellement difficile. Négocier les soins, négocier l'acceptation des traitements, prévenir un passage a l'acte tout en continuant a assurer la prise en charge des autres patients augmentent considérablement la charge de travail et confrontent le médecin et le personnel soignant a une modification de la relation habituelle soignant-soigné.

II - DEFINITION :

L'agitation est un trouble non spécifique pouvant venir ponctuer le cours de toute maladie mentale ou alors pouvant être symptomatique d'un grand nombre d'affections organiques.

L'état d'agitation est un trouble du comportement psychomoteur caractérisé par une hyperactivité motrice, associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto ou hétéro agressivité.

C'est une **urgence médico-psychiatrique** pouvant engager le pronostic vital, qui nécessite un examen somatique et psychiatrique et mettre en route un traitement adapté à chaque situation.

Intérêts:

- Les états d'agitation constituent une situation fréquente aussi bien en milieu psychiatrique qu'au niveau des services des urgences.
- Elles représentent une urgence diagnostique et thérapeutique vu le risque d'auto ou hétéro agressivité.

- Les étiologies sont variables: il faut toujours éliminer les causes organiques avant de retenir une cause psychiatrique

La préoccupation thérapeutique vise:

- De faire céder l'agitation le plus rapidement possible,
- De rechercher une éventuelle étiologie organique sous-jacente,
- Et à adapter le plus vite possible la conduite thérapeutique selon l'étiologie.

III - CLINIQUE :

LES GRANDS TYPES CLINIQUES D'AGITATION EN PSYCHIATRIE :

a - L'agitation dans le cadre des états maniaques:

- L'agitation est presque de règle. Un tableau typique est réalisé par la manie franche aiguë : il y a apparition brutale d'un état d'excitation psychique évoluant de manière variable, associé à un état d'agitation psychomotrice. A l'examen, on retient une euphorie, des idées mégalomaniaques, une labilité de l'humeur, une fuite des idées
- Souvent c'est l'entourage qui signalera une phase prodromique d'irritabilité, d'agressivité, avec quelquefois survenue d'incidences médico-légales.
- Cliniquement, le maniaque agité crie, hurle, injurie, menace et brise ce qui est à sa portée. Le contact est marqué d'une hypersyntonie, à l'origine de superficialité. L'angoisse associée est très importante, du fait de l'exaltation thymique et de la difficulté d'établir un contact.

b - L'agitation dans le cadre des états mélancoliques:

- Généralement, les états mélancoliques se caractérisent par un ralentissement psychomoteur, mais néanmoins, certaines formes peuvent s'accompagner d'agitation

anxieuse (mélancolie délirante, anxieuse) où le risque de passage à l'acte suicidaire est majeur.

c - L’agitation dans le cadre des psychoses délirantes aiguës (bouffées délirantes) ou chroniques (schizophrénies et délires chroniques)

- Les troubles du comportement sont en général liés aux idées délirantes surtout dans le cadre des bouffées délirantes aigues ou des délires chroniques non schizophréniques.
- Dans le cadre des schizophrénies, ce qui caractérise l'agitation c'est son caractère discordant et son imprévisibilité. Le sujet est apparemment en retrait par rapport à l’ambiance, il a des activités stéréotypées, bizarres ; il peut avoir des activités très diverses en particulier de destruction (déchirer ses vêtements, ou la literie)

Sur ce fond de discordance et de stéréotypies se produisent de brusques impulsions motrices généralisées et de soudaine manifestations affectives ou émotionnelles discordantes.

d - Etats d’agitation associés aux troubles du caractère ou de la personnalité :

- Les crises surviennent surtout chez **l’hystérique,** souvent déclenchées par un évènement stressant ; leur expression est théâtrale et sensible à la suggestion.
- L’agitation chez **le psychopathe** caractériel est un drame bref mais fréquent dans la pratique psychiatrique d’urgence. L’aspect le plus habituel sera celui de la colère ou du désespoir apparu en réaction à un évènement récent.
- La colère est réactionnelle aux frustrations imposées par le milieu, sans possibilité d’élaboration, avec une difficulté pour le sujet à contrôler son impulsivité. C’est en raison de ce phénomène de projection que le caractériel agité peut être dangereux et réaliser des actes médico-légaux.

e . L’agitation dans le cadre d’un état démentiel:

- Dans la démence sénile banale : les malades sont désorientés du fait du déficit mnésique ; l’activité psychomotrice est très souvent stéréotypée (rangement, gestes automatisés, habillage, déshabillage...).
- La difficulté à se repérer entraîne un sentiment anxiogène d’insécurité, à l’origine d’un sentiment d’hostilité à l’ambiance, verbalisée dans les idées de préjudice.
- Ces états de turbulence (plutôt qu'accès d’agitation francs) et de sub-agitation nécessitent quelquefois des mesures de contention souvent nuisibles car anxiogènes.
- Ces états de turbulence (plutôt qu'accès d’agitation francs) et de sub-agitation nécessitent quelquefois des mesures de contention souvent nuisibles car anxiogènes.

IV – ETIOLOGIES :

A- Causes organiques:

- Hypoglycémie
- Infarctus du myocarde
- Insuffisance respiratoire aigue
- Causes neurologiques: AVC, épilepsie, hémorragie méningée, tumeur cérébrale, méningo-encéphalite…
- Rétention aigue d'urine…

B - Causes toxiques :

- Ivresse pathologique
- Canabis, cocaïne
- Médicaments: benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques, corticoïdes…

- **C - Causes psychiatriques :**

- Schizophrénie: syndrome dissociatif, froideur, retrait affectif…
- Accès psychotique aigu: hallucinations fréquentes, thèmes délirants variés et nombreux…
- Accès maniaque: exaltation euphorique de l'humeur, logorrhée, tachypsychie, hyperactivité , désinhibition globale
- Crise d'angoisse: Attaque de panique

Agitation des syndromes dépressifs: agitation motrice déclenchée par une angoisse importante, elle peut alimenter et précipiter le passage à l'acte suicidaire.

CAT DIAGNOSTIQUE :

A- Anamnèse

- L'interrogatoire avec la famille ou l'entourage du patient est primordial. Il doit préciser :
  - Le début et l'évolution du trouble
  - Les ATCD médicaux (diabète, épilepsie,…) et psychiatriques du patient.
  - La consommation régulière ou occasionnelle d'alcool, de drogues ou de médicaments

L'abord du malade doit se faire calmement mais fermement en la compagnie d'un ou de plusieurs infirmiers. Il cherche essentiellement: une confusion mentale, un délire, des troubles de contact ou de l'affectivité

Si toute discussion reste impossible, la maîtrise de l'agitation s'impose afin de ne pas mettre en péril la sécurité du patient et du personnel.

B- Examen physique:

- L'examen somatique est un temps indispensable de l'évaluation. Il doit être particulièrement minutieux lorsque l'anamnèse relève des éléments en faveur d'une étiologie organique.

C- Examens complémentaires :

- Les examens para cliniques peuvent être nécessaires pour compléter l'évaluation. Ils sont fonction des données de l'anamnèse et de l'examen clinique.

Initialement on peut demander: glycémie, urée, créatininémie, NFS, ionogramme sanguin…

CAT THERAPEUTIQUE:

Buts.

- La prise en charge de l'agitation est une **urgence** avec un risque important d'aggravation et de désorganisation des soins en cas de retard thérapeutique.
- Les buts du traitement sont de diminuer la dangerosité du patient tant pour lui-même que pour son entourage, permettre une meilleure acceptation des soins et faciliter le bilan étiologique.

les principes du traitement visent en urgence à assurer une sédation immédiate, ensuite le traitement dépendra de l'étiologie.

A- PEC immédiate :

Moyens non médicamenteux :

- Intervention précoce
- se présenter et présenter l'équipe médicale et paramédicale
- isoler le patient, le séparer de tout ce qui semble contribuer à son agitation

Evaluer les critères d'urgence:

- Contact impossible
- Auto ou hétéro agressivité
- Intoxication associée
- Vécu délirant
- Troubles de l'humeur

Moyens médicamenteux:

Neuroleptiques sédatifs:

- On peut utiliser (par voie orale ou par voie injectable si le patient refuse le traitement) , sous la surveillance neurologique et tensionnelle.

Tranquillisants:

- Les BZD sont indiquer essentiellement dans les agitations liées à une crise d’angoisse aigue, ou au sevrage alcoolique et /ou BZD .

Contention:

- ❑ La contention physique est un acte thérapeutique, prescrit et destiné à permettre la sédation médicamenteuse

Règles de la contention :

- Avoir une équipe qualifiée
- prévenir le patient
- Expliquer au patient le pourquoi
- Eloigner la famille
- Téchnique bien précise
- Pouvoir faire une injection

Surveillance d'un patient sous contention:

- surveiller l'état de conscience
- prendre les constantes
- vérifier les liens
- ne pas oublier le patient

retirer les liens un à un dés que possible

PEC ultérieure:

- Revoir le patient
- Etablir un diagnostic étiologique
- CAT spécifique :

- **Agitation anxieuse:**
    - Isoler, calmer, écouter et expliquer
    - Tranquillisants: Equanil 1 à 2 ampoules

- **Accès maniaque:**
- Hospitalisation à la demande d'un tiers
- Neuroleptiques
- Parfois contention et mesures légales
- **Mélancolie agitée:**
- Hospitalisation à la demande d'un tiers
- Neuroleptiques et antidépresseurs
- Parfois ECT
- Surveillance étroite
- **Confusion mentale:**
- Bilan pour éliminer une pathologie organique
- Hospitalisation
- Tranquillisants
- **Agitation délirante:**
- Bilan pour éliminer une pathologie organique

- Hospitalisation
- Isoler et parfois contention
- Neuroleptiques

➢ **Delirium tremens:**

- Bilan et surveillance de l'état hémodynamique
- Hospitalisation
- Réhydratation
- Isolement, tranquillisant en injectable, vitamines

Conclusion

Véritable urgence thérapeutique

PEC immédiate s'impose

Intérêt d'une enquête étiologique afin d'éliminer une cause organique et proposer une thérapeutique adéquate



LA BOUFFEE DELIRANTE AIGUE

I- DEFINITION :

- Il s'agit d'une psychose délirante aiguë caractérisée par l'apparition brutale d'un délire non systématisé dont les thèmes et les mécanismes sont riches et polymorphes.

Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidences médico-légales ou des troubles du comportement majeurs.

- Certaines de ces bouffées délirantes restent uniques ou récidivent sur un mode aigu et entièrement résolutif, d'autres marquent l'entrée dans une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

II- INTERETS :

- Urgence pouvant engager le pronostic vital si pathologie organique sous-jacente.
- Motif fréquent de consultation aux urgences psychiatriques.
- Pathologie fréquente surtout chez le sujet jeune.

III- EVALUER L'URGENCE :

Devant un APA, il faut évaluer l'urgence somatique et psychiatrique :

- Chercher un syndrome confusionnel.
- Evaluer les fonctions vitales : TA, pouls, température, état d'hydratation.
- Corriger les troubles hydro électrolytiques si présents.

❖ Eliminer une cause organique (Examen clinique+ Bilan biologique et radiologique nécessaire).

Après élimination de toutes organicité sous-jacente, l'hospitalisation en milieu psychiatrique s'impose ; il faut chercher la notion d'auto ou hétéro agressivité.

IV - CLINIQUE :

Délire

Début :

- Brutal

- En quelques heures parfois en quelques jours (modification du caractère, instabilité, irritabilité, trouble du comportement anormal : pas de traumatisme, pas de prise de toxique, pas d'agression, pas de maladie sous jacente)

Phase d'état :

- Éclosion brutale d'un délire **aigu, riche, polymorphe, flou, mal systématisé, adhésion totale au délire, le délire est vécu, agi.** C'est-à-dire plusieurs thèmes fluctuants, entremêlés, plusieurs mécanismes : principalement hallucinatoires.

○ **Hallucination sensorielle:**

- Hallucination auditive (presque toujours présente) pas de localisation, ce sont des voix qui donnent des ordres, insultes, injures certains patients sont à l'écoute de leur voix

- Hallucination visuelle simple (tache, lumière), compliqué (scène)

Hallucination olfactive (rare)

- Hallucination gustative (rare) gout dans la bouche, amer

-Hallucination cénesthésique fluide qui coule sur la peau, sensibilité profonde, impression de pouvoir passer à travers les murs, impression d'avoir des brulures

Hallucination psychique:

Automatisme mental (signe de gravité) : vol de la pensée, écho de la pensée, commentaires des actes .

Troubles de la conscience :

- Commence par un **sentiment d'étrangeté, déréalisation, dépersonnalisation**
- Il peut y avoir des troubles de l'attention, de la vigilance, mais il n'y a pas d'altération franche de la conscience, **il n'y a pas de DTS**
- Conscience : Perturbée, variable

  Perplexité anxieuse

Troubles de l'humeur associés :

Très instable, labile avec :

- Soit de l'exaltation, une certaine irritabilité, instabilité jusqu'à de l'euphorie
- Soit au contraire avec des moments d'anxiété .

Il n'y a pas de facteurs déclenchant mais la prise de **toxiques** ou **d'alcool peuvent en être l'origine.**

Signes physiques :

- L'examen somatique de cette personne est quasiment normal.
- Parfois : déshydratation, tachycardie, fièvre discrète, syndrome inflammatoire discret ;
- S'il n'est pas soigné cet état va durer 4 à 6 semaines, puis il va céder et la guérison sera spontanée.

IV- CONDUITE À TENIR DIAGNOSTIQUE :

1- Diagnostic positif :

a- L'interrogatoire :

- Retrouve souvent : un sujet jeune, de 15 à 25 ans
- **Doit chercher :**

- Prise de toxique (canabis+++, psychotropes, cocaïne, alcool…) systématiquement.
- Notion des facteurs de stress déclenchants (choc émotionnel, choc affectif, frustration majeure, échec professionnel, voyage, emprisonnement….)
- Terrain: trouble de personnalité (sujets immatures, personnalité hystérique, passive, dépendante, psychopathique, schizoïde), ou un terrain de déficience mentale.
- Antécédents familiaux psychiatriques.
- **Préciser le mode de début:**

Brutal « véritable coup de tonnerre dans un ciel serein ». Mais souvent, l'émergence délirante est précédée d'une période de quelques jours marquée par des signes prémonitoires: angoisse, trouble du sommeil, comportement inhabituel…

b- L'examen clinique :

Examen clinique minutieux du patient ; notamment neurologique à la recherche d'un syndrome confusionnel, et une évaluation des fonctions vitales.

- L'entretien psychiatrique :

Présentation :

- agitation psychomotrice

- <u>Comportement:</u>

  - réaction de fuite
  - mouvements bizarres
  - raptus suicidaire
  - Auto ou hétéro agressivité

- <u>Syndrome délirant:</u>

  - intensité labile et variable dans la journée++
  - thèmes polymorphes (persécution ++, mystiques, érotiques, mégalomanie, possession diabolique…)
  - mécanismes (hallucinations++, interprétation, imagination,...)

- Organisation: pas de systématisation
  - adhésion totale avec participation affective

- Trouble thymique
  - Labilité thymique
  - angoisse

- Trouble de la conscience
  - pas de confusion
  - dispersion de l'attention
  - trouble de jugement, de concentration

- Syndrome de dépersonnalisation :
  - fréquent, associé souvent à une déréalisation

- Dissociation psychique:
  - rires immotivés
  - si importante: Pc mauvais

- L'examen physique retrouve :
    - insomnie constante
    - anorexie, fébricule, déshydratation…

c - Examens complémentaires :

- Evaluer les fonctions vitales : rénales, hépatiques, ionogramme sanguin, NFS-PQ.
- Chercher une pathologie organique sous-jacente si doute, en fonction de l'orientation clinique : TDM cérébrale, TPHA-VDRL, EEG, PL …

2 - Diagnostic différentiel :

* **Schizophrénie :**

- Importance du syndrome dissociatif, la durée d'évolution supérieure à 6 mois.

* **Manie délirante :**

- Délire mégalomaniaque, logorrhée, fuite des idées sont au premier plan.
- **Mélancolie délirante :**
- Humeur dépressive, idées délirantes congruentes à l'humeur

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

A - Moyens thérapeutiques :

- Hospitalisation en milieu psychiatrique.
- Traitement neuroleptique sédatif et antiproductif.
- Contention et isolement du patient.
- Sismothérapie
- Psychothérapie de soutien

B - Indications :

- **a** - L'hospitalisation en milieu psychiatrique s'impose car l'APA est une urgence.
- **b** - Traitement neuroleptique sédatif et anti productif.
- * **Classiques** : Largactil: 150 à 300 mg/j

  Haldol: 10 à 30 mg/j

  ou Nozinan : 100 à 300 mg/j

Atypiques :

- Utiliser un neuroleptique atypique qui a l'avantage d'un bon rapport Efficacité/Tolérance.
- Cela est particulièrement important chez les sujets jeunes, chez lesquels les effets latéraux des neuroleptiques classiques peuvent compromettre le compliance ultérieure au traitement, et pour leur permettre une meilleure qualité de vie.

- EX :

  * Solian : 600 à 1200 mg/j

* Zyprexa : 10 à 20 mg/j

* Doses fortes d'emblée, mais toujours adaptée à la tolérance clinique et à l'efficacité.

* Toujours favoriser la VO. Mais on peut commencer par la voie parentérale si nécessaire puis relais per OS.

Largactil: 1à 2 amp de 25 mg x 3/j

Haldol: 1à 2 amp de 5 mg x 3/j

ou Nozinan : éviter la voie parentérale

c - Contention et isolement du patient :

* Si impossible de contrôler le patient, la contention reste nécessaire.

* La contention ne doit pas durer au-delà de quelques jours.

d - Sismothérapie :

Ses indications sont limitées :

* Aux cas avec agitation et violence incoercibles.

* Lorsque le pronostic initial est en jeu (refus d'alimentation)

* En cas de résistance après 3 à 4 semaines de traitement.

e - Psychothérapie de soutien :

Une aide psychothérapique est nécessaire, d'autant plus qu'il s'agit souvent de patients jeunes

D - Surveillance :

a) En milieu hospitalier :

* Il faut être vigilent aux effets secondaires du ttt NL :les signes extrapyramidaux, la fièvre, l'hypotension, syndrome malin des NL.

Donc ajuster la posologie ou changer par un NL atypique+++

* Surveiller l'efficacité du ttt.

Si contention : surveillance du pouls, de la tension artérielle, de l'état de conscience et d'hydratation. Il faut expliquer au patient ce qu'on fait, le rassurer.

b) En ambulatoire :

* Expliquer au malade et à sa famille les effets secondaires du ttt, et la nécessité d'être vigilent à leur l'apparition et de respecter la posologie.

* Surveiller l'observance du ttt.

Conclusion :

Un APA est une urgence, nécessitant d'abord l'élimination d'une pathologie organique sous-jacente. L'hospitalisation en milieu psychiatrique s'impose vu le risque d'auto ou hétéro- agressivité.

LA MELANCOLIE

I- Définition :

- **La mélancolie :** Etat de dépression intense vécu avec un sentiment de douleur morale, et caractérisé par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices. Cette dépression profonde de l'humeur est marquée par :
- Une inhibition psychomotrice (perte de l'initiative, ralentissement psychomoteur, parfois état de stupeur...),
- Une douleur morale intense avec désespoir, anxiété majeure et auto dépréciation, des idées délirantes sur le thème de l'indignité, de la culpabilité, ...

Un risque suicidaire élevé.

II- INTERET :

- - **C'est une urgence psychiatrique**, du fait du risque suicidaire majeur.
- - c'est une urgence thérapeutique : thérapeutique de la mélancolie et des conséquences suicidaires si existent.
- - risque d'altérations hémodynamiques importantes du fait du refus d'alimentation à l'origine de déshydratation et de dénutrition.

III) Démarche diagnostique:

- Patient se présentant aux urgences, souvent ramené par un tiers:

A- EVALUER L'URGENCE :

- Eliminer **l'organicité** : Il faut éliminer une affection organique à l'origine de la mélancolie : ex. tumeur cérébrale, Neurosyphilis, troubles métaboliques, épilepsie, méningo-encéphalite, dysthyroïdie.
- D'où la nécessité d'un **examen clinique** complet (général, neurologique et appareil par appareil) et des **examens paracliniques** (TDM cérébrale, sérologies TPHA+VDRL, hormones thyroïdiennes, ionogramme sanguin, bilan rénal, hépatique, NFS+PLQ.
- Rechercher des signes associés: amaigrissement, Troubles cardiaques, fébricule, constipation.
- Bilan pré-thérapeutique : examen ophtalmo (glaucome fermé), ex. urologique (adénome prostatique).

- Evaluer **l'état hémodynamique** (retentissement de la mélancolie sur les fonctions vitales) : TA, pouls, température ,FR, état d'hydratation, de dénutrition
- Évaluer les **conséquences d'une** TS si existent: en fonction du moyen utilisé pour la TS ; défenestration (traumatismes), coup de poignard, égorgement (plaies), ingestion de produits caustiques (brûlures cutanéo-muqueuses)…
- Évaluer la **sévérité du tableau mélancolique** : refus d'alimentation, catatonie, confusion, idées délirantes, pseudo-démence.
- Evaluer le **risque suicidaire** : idées suicidaires, projets suicidaires.

B- DIAGNOSTIC POSITIF:

B-1 Examen psychiatrique :

Interrogatoire :

- Date et mode de début des symptômes.
- Début souvent insidieux :

- Asthénie, insomnie rebelle à prédominance matinale.

Présentation :

- **Tenue** : Négligence corporo-vestimentaire (Incurie), un laisser aller.
- **Mimique** : faciès figé, traits immobiles, front plissé, regard fixe et lointain, concentration douloureuse.

Contact :

- Réticent, Evitant-refusant
- Lent, anesthésie affective

Humeur :

- **Tristesse profonde**, avec douleur morale intense.
- **Anhédonie** : dégout pour toutes les activités.
- **Auto-culpabilité** (il s’attribue la responsabilité de tous les événements dans son entourage).
- **Autodépréciation**, sentiment d’indignité.
- Se sent **incurable** ou atteint d’une maladie grave.
- **Désir de mort** : idées suicidaires, projets suicidaires bien élaborés, conduites suicidaires fréquentes (refus alimentaire, toxicomanie, conduites à risque et automutilations).

Processus intellectuels :

- Idées mélancoliques délirantes congruentes à l'humeur.
- Ralentissement majeur.
- Vide pénible de la pensée
- Inattention, mono-idéisme : pensées tristes, constamment rattachées à la douleur morale.
- Autodépréciation + +

Langage :

- Voix basse .
- mutisme .

Activité psychomotrice :

- Asthénie, fatigabilité importante.
- Ralentissement, aboulie.
- Agitation parfois.
- Gestes suicidaires graves + +

Etat somatique :

- Insomnie rebelle, anorexie, amaigrissement, céphalées
- Troubles digestifs (NV, constipation, dl gastriques)
- Troubles cardiaques (tachycardie, oppression thoracique, précordialgies)
- Troubles sexuels (impuissance, frigidité, aménorrhée)
- Troubles neurologiques (hypotonie, diminution des ROT, névralgies).

B-2 Examen somatiques :

- Examen clinique soigneux et minutieux à la recherche pathologie organique, notamment un examen neurologique.

Evaluer les fonctions vitales : TA, pouls

- Rechercher les signes associés : Déshydratation dénutrition, amaigrissement, Troubles cardiaques : Tachycardie, bradycardie ,Hypotension artérielle, fébricule, constipation

B - 3 Examens complémentaires :

- - Evaluer les fonctions vitales : rénales, hépatiques, ionogramme sanguin, NFS-PQ
- - En fonction de l'orientation clinique : TDM cérébrale, TPHA-VDRL, hormones thyroïdiennes…
- Bilan pré-thérapeutique :
- Examen ophtalmologique : éliminer un glaucome fermé.
- Examens complémentaires : fonction rénale, hépatique, bilan de sismothérapie complet si indication
- **CHERCHER UNE COMORBIDITE :**
- **Avec :**
- 1) Troubles anxieux : TOC sévère,
- 2) Troubles psychotiques : Schizophrénie
- 3) Troubles addictifs : Toxicomanie.
- 4) Pathologie organique : Tumeurs cérébrales…

- <u>CHERCHER UNE COMORBIDITE</u> **:**
- **<u>Avec :</u>**
- 1) Troubles anxieux : TOC sévère,
- 2) Troubles psychotiques : Schizophrénie
- 3) Troubles addictifs : Toxicomanie.
- 4) Pathologie organique : Tumeurs cérébrales…

C- Diagnostic différentiel :

- Début d'une démence précoce.
- Stupeur confusionnelle : toxique, épilepsie, névrose hystérique.
- Schizophrénie catatonique : négativisme, oppositionnisme, catalepsie.

IV- LES FORMES CLINIQUES :

a- Forme sémiologique:

<u>Mélancolie stuporeuse</u> : Dans cette forme, le ralentissement idéomoteur est maximum. Au cours de l'état de stupeur mélancolique, les mouvements volontaires sont suspendus, et il existe une véritable sidération des activités motrices de l'expression .

- Le visage est inexpressif, figé dans une mimique de tristesse intense. Les paupières sont immobiles, le regard est fixe, des larmes apparaissent parfois. **<u>Attention</u>**: les idées mélancoliques demeurent très actives et il faut craindre le raptus de suicide chez ce patient. On note une opposition à tout essai d'alimentation.

Mélancolie anxieuse ou délirante :

Le ralentissement idéomoteur disparaît au profit de l'agitation anxieuse. Le patient ne peut tenir en place, va et vient. Il est aux aguets, essaie de fuir devant un danger imaginaire. La peur est l'élément dominant de cette forme de mélancolie, et elle est vécue comme une véritable panique.

- Dans certains cas on notera la présence envahissante de délire à thème de persécution, ou hypocondriaque.

b- formes étiologiques :

Psychose maniaco-dépressive : La mélancolie représente la phase d'humeur triste et de sentiments dépressifs d'une affection mentale caractérisée par l'alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques. Ces accès aigus sont séparés par un intervalle au cours duquel le sujet vit normalement, en parfaite relation avec son entourage .

- La période d'état est représentée par un accès de mélancolie franche aiguë. On recherchera pour confirmer le diagnostic : la fréquence des antécédents familiaux (mélancolie et manie), le caractère cyclothymique du patient avec tendance fondamentale à des oscillations de l'humeur.
- Le pronostic à long terme est celui de la récidive, surtout s'il existe une répétition fréquente des accès dès le jeune âge.

Mélancolie d'involution : L'accès mélancolique apparaît à l'âge moyen de la vie (après 50 ans) et surtout chez les femmes. Cette mélancolie est caractérisée par une absence d'antécédents psychiatriques personnels, un fond de personnalité obsessionnelle, des craintes hypocondriaques, des manifestations hystériformes avec maniérisme et théâtralisme, de l'angoisse et de l'agitation.

- Le syndrome mélancolique est alors d'installation progressive, plus souvent modéré que sévère. La mélancolie d'involution survient souvent à la suite de deuils, de difficultés sociales ou professionnelles.

C- Formes symptomatiques :

- Etats mélancoliques symptomatiques d'affections cérébrales ou générales : ces états pourront s'observer dans l'épilepsie, ou au cours d'affections générales comme la tuberculose.

Etats mélancoliques symptomatiques d'affections psychiatriques : On rencontre ces états dans la phase de début des démences séniles ou préséniles, et de certains délires chroniques comme dans la PHC . Les dépressions mélancoliques symptomatiques sont généralement transitoires.

Suicide et risque suicidaire :

- Le risque suicidaire est difficile à évaluer, mais schématiquement on peut opposer deux circonstances :

- Celle où il est latent, non exprimé, clairement perçu par l'entourage. C'est la circonstance la plus sérieuse, définissant réellement un "accès mélancolique vrai".
- Celle où il est annoncé bruyamment (suicide chantage) au cours d'un état dépressif sur terrain névrotique.

- Le suicide peut se faire sous différentes formes, de façon bien préparée, cachée, ou par impulsion, lors d'un raptus. Le refus d'aliments représente également un moyen de se suicider.
- Le suicide du mélancolique peut aussi être altruiste. Le patient agit alors pour lui et pour les autres, entraînant son entourage dans la mort.
- En fait, on comprend dans les conduites suicidaires : les conduites passives par le refus de s'alimenter, le suicide systématiquement préparé, le raptus de suicide ou impulsion fulgurante à se donner la mort, et enfin le suicide collectif avec véritable massacre familial.
- Les moyens de suicide sont multiples (strangulation, coupures, armes à feu, empoisonnement... etc.).

Délire :

- La mélancolie peut revêtir plusieurs aspects. Il pourra ainsi y avoir l'apparition de thèmes délirants (persécutifs ou hypocondriaques).
- Délire mélancolique aigu de persécution : les idées de persécution sont stéréotypées et passives. Elles portent sur le passé.
- Il y a une conviction absolue du patient. On note de fréquentes interprétations, des illusion, et l'absence habituelle de réactions hétéro-agressives.
- L'évolution après l'accès mélancolique pourra parfois se faire vers une forme chronique (délire de persécution post- mélancolique)
- Délire hypocondriaque de négation : les idées hypocondriaques sont marquées par la bizarrerie et le fantastique. Ce sont généralement des idées de négation d'organes. Le corps du patient n'existe plus, le foie ou l'estomac sont pourris, les intestins sont bouchés.

- Il pourra aussi y avoir un animal qui habite dans leur corps. Idées de transformation ou d'énormité corporelle externe... etc. L'évolution après l'accès mélancolique verra parfois se chroniciser ce délire,…..

VI- Evolution :

- La mélancolie évolue spontanément, d'une manière périodique, dans le cadre de la psychose maniaco dépressive. La fin de la crise mélancolique pourra prendre deux ou trois mois sans traitement.
- Les traitements réduisent la durée des crises et évitent généralement ou espacent leur survenue.
- La fin de l'accès mélancolique est marquée par la régularisation du sommeil et de l'appétit.

V - Complications :

- Une rechute en période de convalescence pourra avoir lieu, et c'est alors avec un grand danger de suicide. Il y a aussi le risque d'un virage très rapide à l'accès maniaque sous traitement, avec passage éventuel au délire aigu**.**

DEMARCHE THERAPEUTIQUES :

a- MOYENS THERAPEUTIQUES :

- Hospitalisation en milieu psychiatrique
- Antidépresseurs .
- Neuroleptiques sédatifs et anti productifs :classiques ou atypiques .

Sismothérapie

a - Equilibration de l'état hémodynamique et des fonctions vitales :

- Perfusion de sérum glucosé : 500ml de G5% + électrolytes : NaCl (2g/l), KCl (1g/l),

b- Hospitalisation : En milieu psychiatrique

- Dans une chambre éclairée
- moyens de sécurité pour prévenir le suicide : contention, éliminer tous objets dangereux, bien fouiller le malade à la recherche d'objets pouvant être utilisés pour le suicide.
- Surveillance stricte du patient.

- **TRAITEMENT :**

En fonction des ATCD, de l'étiologie, des contre-Indications, et de l'état général.

- ATD tricycliques ;
- Sédation par BZD ou NLP sédatif ;
- Traitement neuroleptique: en cas de symptomatologie délirante
- ATD de nouvelle génération : si CI aux tricycliques :
- En cas de TB : Thymrégulateurs + ATD de nouvelle génération.
- **Sismothérapie :** indiquée si :
- ttt ATD inefficace. Ou épisodes antérieurs résistants aux tricycliques.
- Aggravation sous ttt ATD après un délai de 10jrs.
- CI aux ATD.
- Mélancolie stuporeuse avec refus d'alimentation.
- Agitation anxieuse ne cédant pas aux thérapeutiques sédatives.
- 3 séances / semaine, avec 10 séances après amélioration du patient,

- **Traitement étiologique+++**

PEC INFIRMIERE :

- L'infirmier doit être accueillant et tenter d'entrer en contact avec le sujet mélancolique.
- Installer le patient dans une chambre bien éclairée, calme et facilement accessible aux infirmiers
- Retirer tout objet susceptible d'être utilisé par le patient à des fins suicidaires (lacets, foulards, ceinture,…etc).
- Le risque suicidaire peut survenir à n'importe quel moment et par n'importe quel moyen. C'est pourquoi l'infirmier doit être sur ses gardes surtout au petit matin à cause de l'insomnie matinale.
- Prendre les constantes du patient et insister sur son alimentation (le sujet mélancolique se laisse aller et n'exprimes aucun besoin).
- Veiller à la prise régulière et continue du traitement (le sujet mélancolique n'est pas conscient de son trouble et pourra jeter ou cacher les médicaments)
- Veiller à la recherche des effets indésirables des médicaments qui peuvent pousser le patient à ne pas adhérer aux soins (hypotension, somnolence, hypertonie, sialorrhée,…etc).
- Le moment de la prise du traitement médical est un temps thérapeutique ou l'infirmier doit entrer en contact avec le mélancolique, afin de l'écouter, le rassurer et le soutenir.
- L'infirmier doit connaitre les différents médicaments utilisés dans la mélancolie à savoir :
- Les Antidépresseurs que ça soit les tricycliques ou les IRS

- Les thymorégulateurs comme le lithium, lamictal et la dépakine.
- Les anxiolytiques comme le diazépam.
- Les neuroleptiques antiproductifs comme l'haldol
- Les neuroleptiques sédatifs comme largactil ou le nozinan.
- Faire attention à la levée de l'inhibition qui peut survenir à la 2ème ou 3ème semaine du début des antidépresseurs, en augmentant la dose des anxiolytiques et des neuroleptiques sédatifs.

Surveillance :

- Surveillance régulière du : pouls, TA, degré d'hydratation, T°, état de conscience, état des veines.
- Surveillance des patients vu le risque suicidaire élevé.
- Surveillance des EII des ATD.
- l'efficacité thérapeutique se juge sur : la diminution de l'anxiété, de la douleur morale, la récupération du sommeil et de l'appétit, la reprise de l'activité et des initiatives.

CONCLUSION:

L'état mélancolique est une urgence psychiatrique, où le risque suicidaire impose une prise en charge immédiate et l'hospitalisation en milieu psychiatrique .



LES SYNDROMES DE SEVRAGES

INTRODUCTION :

- **Les drogues** : sont des substances psychotropes, médicamenteuses ou non, qui modifient le fonctionnement psychique. La dépendance et l'abus sont les termes actuellement utilisés pour désigner l'usage pathologique de substance, au lieu de toxicomanie.

- **La tolérance** de l'organisme à une substance, consiste à augmenter les doses pour éprouver les effets identiques.

- **L'abus** désigne une consommation occasionnelle, sans but thérapeutique, de substance psychotropes. L'abus ne comporte pas de dépendance, mais il peut en favoriser l'apparition.

- **La dépendance** est la consommation régulière, quotidienne ou pluriquotidienne liée à un besoin impérieux . Elle peut être physique ou psychique. La dépendance physique est définit comme le besoin physique de consommer une substance, la non consommation de celle-ci ou son arret, entrainent des troubles somatiques et psychiques qui constituent **le syndrome de sevrage.**

« On appelle syndrome de sevrage un ensemble de symptômes physiques et psychiques qui sont provoqués par l'arrêt brusque ou la diminution de la consommation d'une substance psycho actives (alcool, amphétamine, cocaïne, nicotine, opiacés, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques). Il varie en symptomatologie et en intensité, selon les substances et les doses consommées, mais aussi selon le sujet et les troubles psychiatriques.

Un syndrome de sevrage est une **urgence médico-psychiatrique** qui peut mettre le pronostic vital en jeu et nécessiter un séjour en réanimation dans les cas les plus graves (délirium tremens).

- **CLASSIFICATION DES DROGUES :**

- La classification des drogues distinguent 3 catégories de substances psycho actives selon leur activité sur le SNC:

- **Les psychoanaleptiques** (psychostimulants): cocaïne, caféine, nicotine …….

- **Les psycholeptiques** (sédatifs, ou dépresseur du SNC): les opiacés, héroïne, les tranquillisants BZD
- **Les psychodysleptiques** : (perturbateurs de l'activité mentale): cannabis, solvants organiques, alcool éthylique.

II- CLINIQUE :

- **a- Syndrome de sevrage à l'héroïne et aux autres opiacés :**
- **a-1 : Définition :**
- L'héroïne est un opiacé puissant, obtenu à partir de la morphine. Les opiacés sont des substances naturelles contenues le pavot, qui sert également à la fabrication de l'opium. C'est une drogue puissante qui entraine une forte dépendance physique et psychique.
- **a- 2 : Clinique :**
- Les effets du sevrage aux opiacés « lhéroin, opium, morphines, codeîne » commencent à se faire sentir entre six à douze heures après la dernière prise et disparaissent en une semaine.
- 12 à 14h après la consommation d'héroïne, bâillements, larmoiement, rhinorrhée, mydriase, sueurs, angoisse.
- 24h après : majoration de ces signes et apparition de contractures musculaires, une agitation, une irritabilité, une insomnie, d'une anorexie, de nausées, de myalgies, de crampes abdominales et de frissons.
- 3ème jours : acmé des symptômes somatiques : « diarrhée, vomissement, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle, angoisse majeure ».
- 8 jours : régression de la symptomatologie, persistance possible d'une anxiété avec insomnie
- **a-3: La conduite à tenir :**
- **Si le patient est peu agité; peu anxieux, non confus:**
- Isoler le patient de son entourage dans une pièce calme.
- Faire une bonne anamnèse.
- Adopter une attitude d'écoute ferme
- Imposer le repos au lit.

- Faire une injection d'un anxiolytique comme le tranxène 50mg; 1 ampoule en IM et ; ou le Diazépam 1 ampoule en IM (maximum 40mg par jour), après élimination des CI d'usage et on surveillant la tolérance et l'efficacité du traitement.
- **Si le patient est agité, anxieux, mais non confus;**
- Faire une injection d'un anxiolytique comme dans le cas de figure en sus. Parfois, l'utilisation des neuroleptiques sédatifs est nécessaire comme le largactil à raison de 200 à 400mg par jour, ou même le nozinan à la dose de 200à 300mg par jour en trois prises.
- Favoriser les attitudes de compréhension et de réassurances.
- Surveiller attentivement la vigilance, le pouls, la TA, FR.
- **Si le patient est très agité, voire incontrôlable, plus ou moins confus;**
- Apprécier la dangerosité et prévenir un membre suffisant d'aides.
- Respecter des règles de sécurité strictes.
- Isoler le patient dans une chambre d'isolement
- Faire une injection du Nozinan 25 mg en IM 3 fois par jour en association ou non avec un anxiolytique comme le Diazépam à la dose de 10 à 40mg par jour répartis en 3 fois par 24 heures.
- Surveiller, pouls, TA, FR, vigilance, conscience, température, diurèse, degré d'hydratation.
- Rechercher une consommation concomitante d'autres drogues.
- **Le traitement symptomatique des manifestations de sevrage** comprend des analgésiques destinés a traiter les crampes musculaires « le paracétamol 3 x 500 mg/j », les spasmolytiques comme le spasfon, les antiémitiques, les anti- diarrhéiques « motilim, primpéran ».
- Un éventuel neuroleptique sédatif améliorant le sommeil « 50 à 100 mg de nozinan ou de largactil ».
- Apport hydrique de 2,5 litres par 24 heures.
- Surveiller l'efficacité du traitement et les éventuels effets secondaires.
- Noter sur le dossier des soins infirmiers.
- Il faut compléter la C A T par des conseilles d'hygiènes, une assistance sociale, et une prise en charge psychologique

CAT DEVANT UN DELIRIUM TREMENS

I- INTRODUCTION :

1- Définition :

- Le Delirium Tremens se définit par un état confusionnel et délirant d'origine alcoolique, comportant de nombreuses perturbations somatiques.

- C'est une complication fréquente de l'alcoolisme chronique qui survient lors d'un sevrage non contrôlé.

2- Intérêts :

- Urgence médico-psychiatrique car Le pronostic vital est mis en jeu.
- Savoir dépister et instaurer un traitement curatif dès le stade de Pré-délirium.
- Connaître l'intérêt de la prise en charge à long terme de la dépendance alcoolique.
- Sa prévention est un élément essentiel de la prise en charge de l'alcoolique chronique (servage sous contrôle et traitement systématique des affectations intercurrentes).

II- Conduite à tenir diagnostique :

-Patients admis aux urgences pour un délirium tremens :

- sujets à risque: alcoolique avec intoxication massive et ancienne sevrage complet ou partiel, stress, traumatisme, infection…chez un éthylique chronique

- Hospitalisation s'impose d'urgence avec mise en condition

selon l'état hémodynamique

- Interrogatoire du patient et de l'entourage :

Mode de début, prodromes, diminution ou arrêt de 'alcool,

intoxication massive, traumatisme crânien stresse,affection somatique, prise médicamenteuse…

Le sevrage alcoolique dure environ sept jours. Il réalise le tableau d'un delirium tremens, qui évolue comme suit :

Pré-délirium : il apparait 12 à 48h après l'arrêt de l'alcool et comprend :

- tremblement fin, accentué au mouvement
- anxiété croissante, irritabilité, agitation
- insomnie, cauchemars
- fatigabilité, aboulie
- sueurs, tachycardie, diarrhées, anorexie, soif intense possibilité d'un syndrome confuso-onirique à minima

2- Phase d'état :

✷ Délire onirique:

- thèmes: professionnels, familiaux, zoopathie, catastrophes, terreur…..

- mécanismes: surtout hallucinatoire, parfois des illusions perceptives

HV: scénarios terrifiants, cauchemars

HC:, grouillement de petits animaux sur le corps

Forte participation affective avec agitation intense «délire de rêve et d'action » ➔ le passage à l'acte est possible

- L'évolution est fluctuante dans la journée

✷ Signes neurologiques :

- Tremblement intense agitant tout le corps et perturbe la marche

- Présence d'une dysarthrie

- Troubles du tonus musculaire : hypertonie oppositionnelle et des Troubles de la déglutition dans les formes sévères.

✷Syndrome confusionnel:

C'est l'élément fondamental du trouble, elle se caractérise par :

- Obnubilation de la conscience
- Amnésie et fausses reconnaissances
- Désorientation temporo-spatiale qui est totale

✷Signes généraux :

- Fièvre, sueurs abondantes
- Signes de déshydratation: oligurie, palpitations
- parfois diarrhées et vomissements

- ❖ **Les signes de gravité:**

- hyperthermie > 40°C, signes de déshydratation..
- trouble de la déglutition, convulsions.
- hypotension, tachypnée > 30/mn.
- **Examen clinique complet** :
- - Constantes vitales
- - Température (fièvre), hypotension, tachycardie,
- - Conscience, score de Glasgow
- - examen somatique complet et rechercher un foyer infectieux
- **Examens complémentaires :**
- Bilan biologique : Glycémie, bilan rénal, bilan hépatique
- Bilan infectieux : NFS, VS, CRP, Rx thorax, hémocultures ; TPHA VDRL, HIV
- Bilan toxicologique : alcoolémie+ autres toxiques
- _ TDM

En terme de ce bilan, savoir écarter un syndrome confusionnel d'origine infectieuse, métabolique, neurologique, toxique, endocrinienne…+++

CAT THERAPEUTIQUE :

- Hospitalisation en urgence
- Mettre le patient dans une chambre semi éclairée
- Eviter toute contention

Faire le bilan para clinique

La conduite a tenir:

- ❖ L'hospitalisation en urgence dans un milieu de réanimation
- ❖ Chambre semi éclairée, sans contention, à l'écart de toute stimulation qui pourrait accroître l'agitation, l'angoisse, et à proximité des infirmiers.
- ❖ Réhydratation per os si possible (3 à 6 litres),sinon IV, G5% + 4 g NaCl/l + 2 g KCl/l vise à compenser le déséquilibre ionique et électrolytique .
- ❖ Vitaminothérapie B1 et B6 et b12 par voie parentérale.

- Benzodiazépines : diazépam (valium), 10 mg toutes les 8h au début puis diminution progressive, ou oxazépam par voie parentéral au début si besoin. si agitation importante: Valium 10 mg IM/8 h, ou Tranxène, 50 mg IM ou IV/8 h ou largactil 3 ampoules IM/8 h.

- Neuroleptique anti productif si composante délirante : Haldol :10 à 20mg/j

  Largactil: 200 à 400mg/j

  Solian :200 à 800 mg/j

- tt du prb psychopathologique sous jacent : notamment une dépression
- Prise en charge de l'alcoolodépendance au décours.
- prescription des médicaments ayant pour objectif de diminuer l'envie de boire (Disulfurème « esperal »1 à 2 cp / j)
- ATD sérotoninergiques ;(Pendant 4 semaines ,diminuent le besoin d'ingestion de l'alcool)

- Le Citalopram (séropram) :20 à 40 mg/j
- Fluoxétrie (Prozac) :60mg/j
- Fluroxémnie (Floxyfral) :20 mg/j

- Antibiothérapie si infection
- tt du prb psychopathologique sous jacent : notamment une dépression
- Prise en charge de l'alcoolodépendance au décours.
- Noter sur le dossier de soins l'heure de la pose, le débit, les observations infirmières

Syndrome de sevrage au Benzodiazépines :

- **Définition :**

- Les benzodiazépines sont des médicaments psychotropes ayant une action anxiolytique, anti-convulsivante, myorelaxante et hypnotique. Une consommation régulière de ces médicaments, induit un risque de **dépendance** et de ce fait un syndrome de sevrage.

Le syndrome de sevrage aux **benzodiazépine** :

- Peut apparaitre après un délai d'un à dix jours après la dernière prise, en fait, la durée et l'intensité varient en fonction de la demie vie de la BZD.

- Les symptômes du sevrage sont : une anxiété, une irritabilité, des troubles du sommeil, des douleurs diffuses, des troubles sensoriels et digestifs et une **hypotension orthostatique.**

PSYCHOSES PUERPURALES

INTRODUCTION:

- La grossesse, est une période de vulnérabilité psychique importante en raison de l'intrication de trois facteurs potentiellement pathogéniques : F. psychologique, F. biologique, F. sociologique

- Les troubles psychiques peuvent survenir soit durant la grossesse, en post-partum, ou en post-abortum. Ils concernent des manifestations allant des états névrotiques simples aux psychoses graves en passant / les états dépressifs.

Ces états pathologiques aigus représentent une **urgence médico-psychiatrique** qui peut engendré le pronostic vital de la mère et/ou de l'enfant.

A- TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM :

- Les urgences les plus fréquent sont les **psychoses puerpérales** et les **dépressions du post-partum** ;le post-partum blues n'est pas une urgence sauf s'il persiste plus d'un mois et devient ainsi une dépression du pp.

1 - Les psychoses puerpérales :

Urgence thérapeutique C'est une psychose aigue confuso -délirante à forte participation thymique elle apparaît entre le 5éme et 25 éme jour suivant l'accouchement,

- Le tableau clinique est souvent polymorphe associant des symptômes confusionnels, dépressifs et des idées délirantes. Dans la grande majorité, prédominent les troubles de l'humeur.

- Le début est brutal , la confusion mentale s'installe progressivement l'insomnie se majore et s'y ajoutent un désintérêt croissant pour le nourrisson à la phase d'état apparaît une symptomatologie thymique qui est en 1er plan de thématique mélancolique avec risque auto et hétéro agressif envers le Nné .

- Des états d'excitations sous-tendus ,un délire oniroide centré sur l'enfant avec hallucinations parfois, une désorientation temporo- spatiale, un fond d'anxiété est toujours présent avec sentiment de dépersonnalisation et d'étrangeté, le risque de suicide et / ou d'infanticide impose des mesures thérapeutiques immédiates.

_**Le Post-partum blues:**

- **Nommé aussi "*syndrome du troisième jour*", il associe pleurs, anxiétés, céphalées, agressivité, troubles mnésiques... On notera parfois des trouble du sommeil... etc. Ce tableau se rencontrera au moment de la montée laiteuse chez la plupart des femmes qui viennent d'accoucher. Il faut évaluer le degré d'insomnie qui pourrait faire redouter l'entrée dans une phase confusionnelle, beaucoup plus rare.**

DIGNOSTIQUE :

- **A- diagnostic positif : clinique**

B-diagnostic différentiel :

- Plusieurs possibilités pourront être observées.
- un tableau mélancolique pur, succédant ou non à une phase confusionnelle, avec risque suicidaire majeur;
- un accès maniaque**;**
- des états mixtes d'excitation et de mélancolie;
- plus rarement un état schizophréniforme.
- Un délire paranoide, pourra s'installer par la suite.

EVOLUTION / PRONOSTIC :

Spontané :

- la rémission totale variait entre 5 et 11 mois avant l'introduction des psychotropes.
- le passage à la chronicité se fait tantôt vers un tableau mélancolique, tantôt vers la manie voire une schizophrénie.

Sous traitement :

- conduit à une sédation en quelques semaines mais avec un taux de rechutes précoces.

ETIOPATHOGENIE :

Étiologies somatiques :

- **-** L'infection
- - les manifestations psychiques immédiates ou retardées dues à des thromboses veineuses intra crâniennes.
- -facteurs neuroendocriniens
- -complications obstétricales
- **Environnement social**
- **Hérédité et vulnérabilité personnelle**

-Etiologie psychiques

-L'hostilité inconsciente contre l'enfant ou le marie.

-La fragilité psychique

CAT :

- Entretien avec la patiente et son entourage (ATCD P et F, notamment troubles de l'humeur, existence de décompensations antérieures lors des grossesses, décrire l'évolution des troubles)

- Faire un examen somatique avec un examen complémentaire pour éliminer une cause organique.

L'hospitalisation de la mère s'impose en urgence, en milieu spécialisé et en l'absence de consentement

Traitement:

1- Médicamenteux :

Les neuroleptiques: Penser à suspendre l'allaitement en cas de mise en route du traitement.

2-Sismothérapie :

La sismothérapie est nécessaire dans le cas de troubles graves, ainsi que dans le cas ou les troubles persistent après un traitement aux neuroleptiques.

3- Psychothérapie :

3-La psychothérapie vise à réinstaurer la relation de la mère avec l'enfant, une prévention en santé mentale.

PRISE EN CHARGE INFIRMIERE :

- Instaurer une attitude rassurante et ferme.
- Surveiller les constantes.
- Observer le comportement de la mère.
- Identifier les signes de dépression.
- Repérer les risques de violence.
- Elaborer en équipe une stratégie de soins.
- Préparer et donner les médicaments prescrits.
- S'assurer de la prise effective du traitement.
- Installer la patiente dans une chambre calme à proximité du post de soins.
- L'infirmier doit établir une relation de confiance avec la patiente et faciliter l'expression.
- L'infirmier doit également aider la patiente à renouer le contact avec l'enfant, avec son environnement, favoriser la réinsertion socio familiale.

Surveillance et observation :

- Il faut mettre en place un dispositif étroit durant les trois jours .Il convient de surveiller l'efficacité du traitement et de repérer des éventuels effets secondaires de neuroleptiques et des anxiolytiques.

- L’infirmier doit apprécier la régression des troubles et noter les observations sur le dossier de soins infirmiers et les transmettre oralement.

2 - LES DEPRESSIONS DU POST-PARTUM :

- - Débutent à bas bruit, 4 à 6 semaines après l’accouchement ou prolongent un post-partum blues, ils sont sous estimées dans leur fréquence et leur répercussions .
- Le syndrome dépressif est atypique fait de dysphorie, pleurs, sentiment de découragement et d’incapacité, anxiété, lassitude, irritabilité, trouble de la concentration et de la mémoire, insomnie d’endormissement .

Parfois la dépression peut réaliser un tableau de mélancolie franche avec thématique délirante dans ce cas le risque suicidaire et /ou d’infanticide impose l’hospitalisation.

CAT :

Faire un bilan sur :

- Déroulement grossesse et accouchement

- ATCD personnels et familiaux (existence p.p blues et son évolution)

- F. organique associés.

- Fonctionnement psychologique de la patiente et son environnement psychosocial.

Hospitalisation en fonction du risque suicidaire, ou existence ATCD suicidaires, qualité de l'entourage familial, état dépressif grave, important troubles du sommeil, demande de la patiente et de son entourage, intérêt d'établir une distance avec son enfant.

- Prescription d'antidépresseurs seul ou en associations à un anxiolytique pendant un temps limité ou à un NLP sédatif avec arrêt de l'allaitement.

- Psychothérapie ultérieure centrée sur la relation mère- enfant.

LES URGENCES
EN PSYCHIATRIE

ELABORER PER : Mlle.YAZGHI

LES URGENCES EN PSYCHIATRIE :

PLAN :

- DEFINITIONS :

  - Urgence
  - Urgence en psychiatrie

- LES URGENCES EN PSYCHIATRIE :

1. LES CONDUITES SUICIDAIRES
2. LE SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES
3. LA CONFUSION MENTALE
4. LA MELANCOLIE
5. LA BOUFFEE DELIRANTE AIGUE
6. LES SYNDROMES DE SEVRAGES
7. CAT DEVANT UN SUJET MUTIQUE ET RETICENT
8. CAT DEVANT UN SUJET VIOLENT ET DANGEREUX
9. CAT DEVANT L'ATTAQUE DE PANIQUE
10. PSYCHOSES PUERPURALES
11. CAT DEVANT LES ETATS D'AGITATION

INTRODUCTION :

- **Urgence :**
  - Une urgence est un état qui peut être un symptôme (une douleur aigue intense de la fausse iliaque gauche, une convulsion), ou un syndrome (le syndrome confusionnel, le syndrome malin des neuroleptique) ou une pathologie (une appendicite, une méningite), qui nécessite une prise en charge urgente et efficace. Le retard de diagnostic peut engendrer le pronostic vital mais aussi fonctionnel du pt.
- **Urgences en psychiatrie :**
  - Une urgence psychiatrique est une altération de la pensée, des sentiments ou des comportements qui nécessite une intervention thérapeutique immédiate.
  - Elle comporte un aspect d'urgence des pathologies psychiatriques avérées, et un aspect de crise sans pathologie psychiatrique d'emblée repérable .
  - L'une des particularités de l'urgence psychiatrique, est l'état d'alerte qu'elle crée au sein de l'entourage, avec parfois une mobilisation de la famille voire des autorités ; ainsi plusieurs intervenants sont concerné, à tel point que la loi s'est intéressée à ce domaine, notamment en ce qui concerne les soins sans consentement, et les modalités d'hospitalisation, régies par dahir. L'urgence psychiatrique se répartit en deux groupes :

Objectif pédagogique général :

- Savoir faire face à une urgence psychiatrique;
- Savoir adopter et conserver une attitude médicale pertinente face à un sujet agité;

SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES :

INTRODUCTION :

- le syndrome malin des NLP à été décrit pour la 1ère fois au début des années soixante, après l'introduction sur le marché du premier NLP conventionnel, la chlorpromazine et ensuite l'halopéridol. Certains des patients traités par ces médicaments ont développer une hyperthermie sévère et signes extrapyramidaux, associer a une altération de la conscience.

DEFINITION :

- Le Syndrome malin des neuroleptiques est une affection iatrogène potentiellement mortelle, lié à l'utilisation des antipsychotiques (neuroleptiques).
- C'est une complication rare mais grave du traitement par (NLP), pouvant engager le pronostic vital.
- - S'observe chez 1% des malades traités par (NLP),
- IL Peux survenir avec toutes les catégories des neuroleptique.
- - Evolution fatale dans certains cas, par les troubles neurovégétatifs ou les complications respiratoires, justifie l'importance d'une surveillance étroite des malades sous (NLP), et la nécessité d'une indication bien réfléchie et non abusive de cette thérapeutique;

Le syndrome malin des NLP est une urgence psychiatrique dont la prise en charge se fait en milieu de réanimation.

- **Médicaments à l'origine d'un SMN :**

- **Fréquent** : NLP classiques : **ex**: halopéridol, chlorpromazine.
- **Possible**: NLP atypique: **ex**: olanzapine, rispéridone, clozapine.

Présentation clinique :

○ Diagnostic positif:

- Critères DSM IV de diagnostic d'un SMN :
- Association chez un patient sous traitement NL d'une rigidité musculaire sévère, d'une élévation de la température et de deux au moins des signes suivants:
- Altération de la conscience qui peut évoluer rapidement vers le coma.
- Rigidité musculaire généralisée « en tuyau de plomb » avec le phénomène de roue denté.
- Hyperthermie : la fièvre peut arriver à 40 degré C.
- Dysautonomie : (tachycardie, tachypné, tension artérielle labile).
- 5- Sueur
- 6- Tremblement
- 7- Leucocyturie
- 8- Dysphagie
- 9- Incontinence
- 10- Mutisme
- 11- signes paracliniques d'atteinte musculaire (élévation des CPK)

1- Phase d'installation ou signes précurseurs du SMN :

- - Singes d'imprégnation neuroleptique : rigidité, akinésie, agitation.
- - Troubles végétatifs : striction laryngée, troubles de la déglutition, hypersialorrhée, sueur, tachycardie, hyperthermie.
- - Troubles de comportement

Il faut souligner que la plupart de ces signes peuvent manquer au début et c'est la constatation d'une fièvre sans foyer infectieux individualisable qui attire l'attention.

2- Phase d'état :

- \- Les troubles neurovégétatifs dominent+++
- \- Le (SMN) associe au premier plan, des troubles neurovégétatifs qui fond la gravité du tableau clinique, des troubles de la conscience et des troubles neuromusculaires.
- Les signes neuromusculaires : rigidité, akinésie, dysarthrie, dysphagie, mutisme, des anomalies des réflexes ostéotendineux, des crises épileptiques tonico-cloniques.
- Les signes neurovégétatifs : sueur, pâleur, polypnée, encombrement tracheobronchique, hypersialorrhée, hyperthermie supérieure à 40°C, tachycardie, hypotension ou labilité tentionnelle qui peut aller jusqu'au collapsus.
- Les troubles de la conscience : sont constants, obnubilation, stupeur, coma.

A cette phase, une hospitalisation est nécessaire et doit être envisagée en milieu de réanimation lorsque les fonctions vitales sont mises en jeu.

Facteurs de risque :

- Les symptômes d'un SMN apparaissent dans deux tiers des cas dans les 1ère semaine suivant l'introduction d'un NLP ou l'augmentation de la dose d'un TTT NLP en cours.
- Le syndrome peut apparaitre après une seule dose comme après plusieurs années de TTT avec la même dose.
- **Les doses élevées** peuvent augmenter le risque d'un SMN. **L'administration parentérale**, le passage d'un NLP à l'autre, **la déshydratation** et le fait **d'avoir déjà eu un épisode** sont d'autres facteurs de risque.

III- Diagnostic différentiel :

- IL est nécessaire d'écarter d'abord les causes habituelles de **l'hyperthermie,**
- Chez un patient sous psychotropes :
- **syndrome sérotoninergique:** Ce syndrome est difficile à distingué du SMN car leur symptomatologies se superpose. La présence des myclonies et d'hyperréfléxie d'apparition rapide, sans rigidité généralisé sont des signes parlant en faveur d'un syndrome sréotoninergique.
- **La catatonie maligne** : est le diagnostic différentiel le plus difficile à faire. C'est une psychose délirante caractérisé par les même symptômes que le SMN, mais les changement comportementaux , qui sont au premier plan, s'installent sur plusieurs semaines.
- **Le pseudo-syndrome malin dans la maladie du parkinson** : Un arrêt ou une diminution du TTT de **lévodopa** ou d'un **agoniste dopaminergique** peut déclencher un SM avec hyperthermie, rigidité, altération de la conscience.
- A suspecter chez tous les patients avec une maladie de parkinson qui présentent un état fébrile et aggravations des symptômes parkinsoniens.

- **Les causes toxiques :**
- - Toxicité des IMAO, du lithium, du métoclopramide,…
- **L'hyperthermie bénigne des NL.**
- **L'hyperthermie maligne :**
- - S'observe après utilisation de curare, d'halothane, la mortalité est ici plus élevée.

IV- Bilan paraclinique:

- **Le diagnostic est surtout clinique, il n'y a pas de teste de laboratoire spécifique a ce syndrome.**
- - **NFS**: hyperleucocytose avec polynucléose, hémoconcentration.
  - Férritinémie (basse chez plus de 90 % des pts), gazométrie (recherche d'une acidose respiratoire et une hypoxie)
- **- Enzymes musculaires** : Augmentation du CPK.
- **- Enzymes hépatiques** : Augmentation de LDH, de SGOT et SGPT

- **Bilan rénal**: signes d'insuffisance rénal (formes graves)
- **-Autres examens:**
- - **PL, TDM**: normales
- - **EEG**: ralentissement du rythme de fond ou des anomalies paroxystiques,
- **- La biopsie musculaire**, si elle réalisée, peut montrer une myolyse avec nécrose musculaire.

Complications :

- L'insuffisance rénale aigue associé à la coagulation intra vasculaire disséminée et la rhabdomyolyse sont les complications les Plus graves, suivies de l'insuffisance respiratoire te des arythmies cardiaques. Des thromboses veineuses profondes, des embolies pulmonaires ainsi des infarctus myocardiques ont été écrits.

TRAITEMENT:

Mesure d'urgence:

- Dès que le SMN est identifié ou suspecté, le **traitement NL doit être interrompu** et le patient doit être **hospitaliser en unité de soins intensifs.**
- Le but est de passer la phase aigue du SMN.

1-Traitement symptomatiques:

- - réhydratation par voie parentérale.
- - Antipyrétiques et solutions réfrigérantes.
- - Traitement des complications infectieuses, cardiaques et respiratoires.
- Corriger les troubles électrolytiques, maintenir une stabilité cardiovasculaire – ventilation mécanique et TTT anti-arythmique si nécessaire
- Prévenir les thromboses veineuses par héparinothérapie.
- - Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale aigue.
- - Assistance respiratoire en cas de complication respiratoire.
- - Prévention des complications de décubitus.

2-Traitement spécifique:

- **La bromocriptine « *Parlodèle* »:**
- Action agoniste dopaminergique,
- Démarrer par 1cp de 2,5 mg/jour et augmenter
- progressivement d'un cp/jour de façon quotidienne
- Dose très variable, de 7,5 mg/j à 60mg/j.
- **D'autres médicaments sont aussi utilisés :** benzodiazépinique,

3- Surveillance :

- - les signes de réhydratation
- - la température
- - la Tension artérielle
- - Ionogramme sanguin et urinaire, gaz de sang…
- - CPK et NFS (GBB++)

4- Réintroduction des NL:

- Si la réintroduction des NL est nécessaire pour traiter la pathologie psychiatrique sous jacente, un certain nombre de règles doivent être respectées :
- Les NL non incisifs et non retard seront les seules NL prescrits.
- La réintroduction sera lente et progressive.
- La posologie adoptée sera la posologie minimale efficace.

La prévention repose sur la surveillance de tous les malades sous NL et prescription mesurée des NL.

Que retenir :

- En cas d'altération de la conscience, de rigidité généralisée, de fièvre, de tachycardie et de TA labile chez un Pt prenant des NLP penser à un SMN.
- En cas se suspicion de SMN, arrêter tout médicament suspect. Mettre rapidement en route une hydratation intraveineuse.
- Surveiller la fonction rénale, respiratoire, cardiaque et l'apparition d'une coagulation intra vasculaire disséminée.
- La distinction entre le SMN et P.ex., l'hyperthermie, syndrome sérotoninergique, le pseudo-syndrome malin de parkinsonien.
- Attendre au moins deux semaines après la résolution des symptômes avant de réintroduire un traitement neuroleptique.

Conclusion :

Le SMN est une complication grave du traitement par les neuroleptiques nécessitant une vigilance de l'équipe soignante et ce, d'autant plus qu'il s'agit de patients présentant un trouble relationnel et un contact pauvre

LA CONFUSION MENTALE

1- DEFINITION:

- La confusion mentale traduit une souffrance cérébrale qui survient au cours d'un grand nombre d'affections en particulier toxiques, dysmétaboliques et méningo-encéphalitiques.
- Elle se caractérise par une obnubilation de la conscience, une baisse de la vigilance, des troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale. Le sujet est hébété, obnubilé, perplexe et anxieux, il donne l'impréssion de ne pas comprendre ce qui se passe autour de lui. Il s'agite ou, au contraire, est mutique et stuporeux
- Le tableau psychiatrique est marqué par le délire onirique: Hallucinations essentiellement visuelles, illusions ou interprétations délirantes, le délire est agit par le pt qui se défend contre ses persécuteurs et des visions terrifiantes.
- les signes physiques confirment l'organicité : altération de l'état générale, hyperthermie, tr.de l'hydratation.

La confusion mentale est une **urgence médicale** voire médicochirurgicale dont le diagnostic doit être précoce, ainsi que le traitement.

Elle touche 10% de la population hospitalisée.

2- **CLINIQUE :**

Phase de début :

- **- Typiquement, rapidement progressif.** En quelques heures ou en quelques jours s'installent :
- Céphalées
- Fatigue
- Fluctuation de l'humeur plus modification du caractère
- Trouble du sommeil
- perplexité anxieuse parfois sentiment d'étrangéité avec conscience partielle d'un ralentissement des associations idéiques
- Parfois irritabilité inhabituelle, agitation motrice plus turbulence nocturne
- Parfois trouble isolé du comportement qui inaugure le tableau clinique.

Phase d'état :

1- Présentation et comportement moteur :

- - Mimique : regard lointain, égard, hébété, perplexe
- - Tenue : négligée, débraillée parfois incurie
- - contact de mauvaise qualité
- - réponses inadaptées
- - Comportement perturbé :
- Hypoactivité motrice : inertie, apathie, semi mutisme, parfois stupeur catatonique
- Hyperactivité motrice : agitation désordonnée,……..

2 - Noyau confusionnel : désordre global du fonctionnement psychique :

- **Troubles de la conscience : diminution de la prise de conscience au milieu** extérieur (**obnubilation**), hypo ou hyper-réactivité aux stimuli extérieurs .
- Attention : perturbée, distraite, difficultés de se concentrer
- Mémoire : diminuée et distordue
- Amnésie surtout lacunaire
- Mémoire laborieuse
- Dysmnésie : Paramnésie, ecmnésie

- **Désorientation temporo-spatiale**

3- **Troubles de la vigilance :**

inversion du rythme veille-sommeil, voire insomnie, nocturne totale ; souvent cauchemars et hallucinations

4- **Distorsion des perceptions :**

illusions, hallucinations, onirisme, fausses reconnaissances et perplexité ; distorsion de la réalité, impression de déréalisation, générant agitation et agressivité

5- **désordre cognitif global qui touche toutes les fonctions cognitives (** langage avec incohérence du discours et troubles de l'écriture, capacités de raisonnement et de planification, capacités d'identification des objets et des personnes).

6- **Anxiété et perplexité:**

En général, le sujet est conscient de son incapacité à se souvenir et à s'orienter et à se concentrer, malgré ses efforts il n'y arrive pas, ce qui génère l'anxiété

7- **Troubles de la pensée:**

- Cours : bradypsychie
- Contenu : délire onirique, état de rêve pathologique vécu et agit, thèmes épouvantables, mystiques ou érotique avec une composante hallucinatoire et l'adhésion est très importante.

Le confus délire par des gestes, des attitudes de fuite, l'onirisme est variable durant la journée avec risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif

- Structuration : incohérence totale
- Jugement : perturbé

8 – Troubles de la perception :

Illusion, hallucinose+++, hallucinations visuelles (Zoopsies), auditives, tactiles parfois cénesthésiques.

8- **Troubles généraux :**

En rapport avec la confusion :

* trouble de l'appétit, AEG…………………

* troubles hydro-électrolytiques : risque de convulsions…………….

- En rapport avec l'étiologie (signes neurologiques…..)

3. Diagnostic différentiel :

- Le problème se pose lorsque le tableau est atypique :

➔ Lorsque l'activité onirique prédomine :

- Un délire schizophrénique ou de type PHC peut être discuté, mais le délire onirique est aigu et il n'existe pas de dégradation de l'état de conscience dans la schizophrénie ou la PHC

Un APA : l'état de conscience est relativement préservé, le délire est riche polythématique, les hallucinations visuelles sont généralement rares

➔ Lorsque l'état stuporeux prédomine :

- Stupeur mélancolique : on retrouve au premier plan la symptomatologie dépressive qui précède l'état stuporeux.

- Stupeur catatonique dans le cadre d'une schizophrénie : on retrouve alors le syndrome dissociatif.

- Stupeur hystérique : au cours d'une conversion hystérique

➔ Lorsque la destruction de l'activité mentale prédomine :

- Syndrome frontal : prédominent l'indifférence, l'apathie et la désorganisation intellectuelle

- Syndrome aphasique : le langage est peu perturbé dans un syndrome confusionnel, il permet la communication, même si celle-ci n'est pas claire.

Syndrome de korsakoff : Il est différent du syndrome confusionnel (il n'y a pas d'obnubilation, ni de trouble de la vigilance)

- Syndrome démentiel : l'évolution est lente et progressive, il existe un déficit intellectuel sans troubles de la conscience.

3. Aspects étiologiques :

3.1. Facteurs favorisants :

- Nombreux et souvent intriqués :
- Terrain somatique fragilisé, notamment par une pathologie chronique : *insuffisance, cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique, par exemple*
- Altération préexistante des fonctions cognitives : *démence (Alzheimer)*
- Prise de molécules potentiellement toxiques : *médicaments, alcool*
- Evénement physiologiquement et/ou psychologiquement stressant : *hospitalisation,intervention chirurgicale, événement de vie difficile (deuil, passage en maison de retraite, etc.).*

3.2. Etiologies :

- Nombreuses et souvent multiples chez un même patient.

1 - Les causes toxiques :

- **a- Les intoxications exogènes :**

- L'intoxication alcoolique : L'ivresse aigu, Le delirium tremens, Les encéphalopathies alcooliques.
- Les intoxications par substance toxicomanogènes : cocaïne, solvants organiques, hallucinogènes ,amphétamines ou barbituriques.
- **Les intoxications médicamenteuses et alimentaires** : ATD, les tranquillisants, le lithium et les anti-parkinsoniens, antipaludéens, anti-amibiens, corticoïdes, isoniazide, … . Les intoxications staphylocoques et à certains champignons.
- **Les intoxications professionnelles ou accidentelle** : le chlorure de méthyle,, le plomb, les insecticides, l'intoxication oxycarbonée…etc.

b- Les intoxications endogènes :

- Troubles hydro-éléctrolytiques graves, diabète, insuffisance rénale, encéphalopathie hépatique, avitaminose B1, dysthyroidie, insuffisance surrénale,….etc

2- Les causes infectieuses :

- Les maladies infectieuses (virales, bactériennes, parasitaires) qui se localisent au niveau cérébroméningé (paludisme, syphilis, etc.) **peuvent** induire un état confusionnel par déshydratation et par hyperprexie.

3- Les causes neuro-méningées :

- Toute atteinte encéphalique directe peut engendrer un syndrome confusionnel. C'est le cas quelle qu'en soit la cause, des : encéphalites et méningites, virales ou bactériennes, Tumeurs ou abcès cérébraux, traumatismes crâniens et AVC, une épilepsie,….etc

4. Aspects thérapeutiques :

Le traitement de la confusion mentale essentiellement est celui de sa cause .

Le TTT comprend 2 volets :

- **TTT symptomatique**
- **TTT de l'étiologie causale**

- **A- Devant un tableau confusionnel une hospitalisation s'impose en urgence.**

- Le service d'urgence de l'hôpital orientera le malade vers le service de spécialité le plus à même de réaliser le bilan étiologique tout en assurant une surveillance clinique appropriée : réanimation médicale, soins intensifs de médecine ou de chirurgie…

- **B- La prise en charge initiale consiste à rassurer le malade tout en réalisant le bilan étiologique :**

- Isolement du malade en assurant une présence apaisante :
- L'installer dans une chambre proche du bureau du personnel infirmier et maintenue faiblement éclairée : le noire favorise l'agitation anxieuse.
- Eviter la contention qui majore l'agitation
- - Assurer la sécurité du patient : bloquer les fenêtres, enlever tout objet susceptible d'être utilisé par le malade contre lui-même.
- - Assurer une surveillance continue et régulière.
- Evaluer le retentissement somatique par la prise des constantes vitales : tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire, température, recherche de sucre dans les urines et le sang et prévoir des prélèvements sanguins pour bilan biologique (glycémie, ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie, hématocrite et protides totaux, NFS, VS…)
- Réhydrater par voie orale et veineuse et corriger les désordres hydro-électrolytiques
- Réaliser le bilan étiologique par des examens complémentaires appropriés
- Arrêter tout TRT confusogène : corticoïdes, antalgiques majeurs, atropiniques et correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux des neuroleptiques, psychotropes et en particulier les AD tricycliques

- **D- Une sédation s'impose en cas d'agitation intense et d'onirisme générant des troubles du comportement par** les tranquillisants qui seront préférés aux neuroleptiques. Ceux-ci seront employés quand l'onirisme génère une agitation et des troubles du comportement importants.

- CONCLUSION

- - C'est une urgence diagnostique et thérapeutique. Tout retard apporté au diagnostic et au traitement peut être fatal ou aboutir à des lésions définitives avec séquelles psychomotrices
- - Une cause psychiatrique ne peut être évoquée qu'après avoir éliminer une étiologie organique.
- - Evaluer et prévenir le risque d'actes auto et hétéroagressifs.

-

LES CONDUITES SUICIDAIRES

DEFINITIONS :

Les conduites suicidaires comprennent :

- - les suicides ;
- - les tentatives de suicide;
- - les idées de suicide;
- - les équivalents suicidaires;
- - la crise suicidaire;

Le suicide :

« est un acte conscient d'autodestruction, qui traduit le mal être d'un sujet».

La tentative de suicide : correspond à tout acte délibérer, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne: phlébotomie, pendaison, précipitation, arme à feu, intoxication à gaz….,ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique.

Le suicidant est la personne ayant survécu à une Tentative de suicide (TS).

Les idées suicidaires : correspondant à la pensée de se donner la mort, à l'élaboration consciente d'un désir de mort . Quand ses idées sont exprimées, on parle de menaces suicidaires.

Le suicidaire : est l'individu ayant des idées suicidaires et / ou exprimant Verbalement ou comportementalement des menaces suicidaires.

Le suicidé est la personne décédée par suicide

La crise suicidaire: est une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec l'expression d'idées et d'intention suicidaires.

Le risque majeur est la tentative de suicide et son aboutissement. Il s'agit d'un moment donnée (avec un début et une fin), dans la vie d'un individu, ou ses ressources adaptative sont épuisées.

Le suicide va progressivement apparaitre pour l'individu comme l'unique solution permettant de sortir de l'état de crise dans lequel il se trouve.

- ❑ Cliniquement, la crise suicidaire peut se manifester initialement par:
  - Des symptômes non spécifique du registre dépressif ou anxieux.
  - Une appétence alcoolique et tabagique.
  - Un retrait par rapport aux marques d'affections et au contact physique.

- ❑ Puis cette crise peut se manifester par certaines idées et comportements préoccupants :
  - Un sentiment de désespoir;
  - Une souffrance psychique intense;
  - Une réduction du sens des valeurs;
  - Un gout pour le morbide;
  - Et une recherche soudaine d'armes à feu;
- ❑ Le repérage de la crise suicidaire s'articule autour de 3 axes:
  - **L'expression** d'idéations suicidaires ou d'intention suicidaire;
  - Les manifestations d'une situation de **crise psychique**;
  - Le contexte de **vulnérabilité;**

La crise suicidaire chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique:

- Les pts peuvent facilement exprimer des idées suicidaires, ou au contraire, les dissimuler.
- La crise suicidaire est faite de moments à haut risque avec des moments d'accalmie alternants sur un fond de variabilité permanente. Certains signes parmi les signes de la maladie peuvent marquer une augmentation du risque:
- Un isolement avec une décision de rompre les contacts habituels.
- Une réduction et un abandon des activités.
- Une exacerbation des différents signes de la maladie.

L'évaluation du risque suicidaire est un réflexe à avoir systématiquement en psychiatrie.

II- CLINIQUE :

1- Les circonstances qui amènent le sujet à consulter sont multiples :

- Le sujet peut lui-même venir et avouer sa conduite suicidaire. Généralement c'est le cas des ingestions des médicaments, ou insecticide (raticide,…), avant le début des effets de ceux-ci.

  Le plus fréquent, le patient est amené par une tierce personne . Les circonstances de la conduite suicidaire est possible à retracer, sur la présence de médicament près du patient qui a perdu connaissance ou qui a changé de comportement de façon brutale, une lettre pré-écrite par le patient avant son acte, la menace de suicide auparavant, l'existence d'un événement existentiel marquant (décès d'un être cher, perte d'emploi, divorce, rupture sentimentale,….).

- Parfois, c'est la force de l'ordre qui ont trouvé le patient en train d'exécuter l'acte suicidaire : noyade, pendaison, défenestration,….

- Parfois c'est un patient connu pour son suivi pour une dépression, avec notion d'arrêt, ou de la prise irrégulière du traitement ou la non réponse à celui-ci.

- Dans d'autres cas c'est un malade adressé du service de réanimation pour tentative de suicide.

En fait c'est l'entretien avec le patient qui pourra, quand son état le permettra de retracer la vraie histoire de la conduite suicidaire.

→ le patient doit bénéficier d'une surveillance de 24 heures à 48 heures pour détecter les effets collatéraux des produits ingérés (lavage gastrique, injection d'antidote,….etc.)

2- l’évaluation clinique:

- il faut préciser les modalités du geste suicidaire, l'intentionnalité, le but, les facteurs déclenchants, les idées suicidaires passées et actuelles, les antécédents de TS personnels ou dans l’entourage
- On doit chercher une dépression, ou un autre trouble mental, et une situation environnementale insupportable (maltraitance, instabilité, divorce, rupture,…..),
- L’évaluation sociale qui se fait à travers le contexte social du patient, de sa situation professionnelle et affective et de son niveau d’adaptation
- On doit évaluer le risque de récidive à court terme en repérant les éléments faisant craindre une récidive à court terme de la TS, et qui sont :le sexe masculin, Age (jeune ou sujet de plus de 65 ans), l’intentionnalité suicidaire effective, les ATCD personnels de TS et les ATCD de TS dans l’entourage; l’existence d’une comorbidité psychiatrique (un trouble psychotique, un trouble anxieux, anorexie mentale ou un trouble de la personnalité…), l'absence d'un facteur déclenchant explicite, un vécu de maltraitance, les comportements à risque et les addictions, bas niveau socioéconomique/ chômage, isolement social et affectif, présence de maladies somatiques chroniques, douleur chronique, perte d’autonomie.

III- ETIOLOGIES :

1- mélancolie ou EDM : douleur morale, sentiment d’incurabilité, inhibition psychomotrice.

2- schizophrénie :

- soit en phase dépressive.
- Dans un cadre délirant ou hallucinatoire
- Le suicide survient généralement dans un climat froid hermétique et inattendu.

3- Hystérie :

- Avec ou sans dépression associée : théâtralisme et très grande charge émotionnelle.
- (Ces TS surviennent généralement après frustrations ou conflits relationnels)

4-Psychose délirante aigue : APA, confusion mentale, P puerpérale …..

5- **alcoolisme chronique** : en cas d'ivresse pathologique ou durant le sevrage.

6 - **autres pathologies** :

- Psychopathie.
- Elle peut être aussi secondaire à une **pathologie organique** ou un traitement médicamenteux : Affections cérébrales : AVC, maladie de parkinson, démences, Tumeurs. Affections endocriniennes : Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, insuffisance surrénale. Affections auto immunes . ……

IV- PEC THERAPEUTIQUE :

- **La tentative de suicide** nécessite **l'hospitalisation** et la **prise en charge psychiatrique**, après le rétablissement de l'état somatique du patient.

a- Indication de l'hospitalisation:

- **Verbalisation**
- **Risque suicidaire éminent**
- **Mélancolie**
- **Schizophrénie**
- **Idées délirantes**
- **Absence de critique du geste et refus de traitement ou automédication**
- **Impulsivité**
- **Projet suicidaire**

1- l'établissement du contact : Est un temps thérapeutique :

- Un accueil de bonne qualité avec respect de la confidentialité.
- Il faut se présenter au patient et lui expliquer que le but de l'entretien est de l'aider.
- Instaurer un climat d'empathie et de proximité relationnelle.
- L'entretien doit être conduit de façon à la fois directive, empathique en évitant les jugements de valeur, laissant à la personne le temps d'exprimer son désespoir, son désarroi ou sa colère, et de pleurer.
- Parallèlement, l'établissement d'un contact avec la famille est souhaitable pour décider de l'interdiction ou non de la visite .

2- les mesures de sécurité:

- Ne pas laisser le patient seul sans surveillance.
- Le faire accompagner dans ses déplacements.
- S'assurer que l'environnement ne présente pas de produit ou d'objets dangereux , ouverture limitée des fenêtres, suppression des moyens d'appui résistants au poids du sujet, vérification des effets personnels du patient en sa présence et neutralisation des couteaux, ceintures, médicaments…
- Le patient est de préférence installé dans un lieu proche des infirmiers.
- Le médecin psychiatre décidera des mesures de restriction imposées au patient, ainsi que des contrôles réguliers ou d'une observation directe continue. Le personnel infirmier se chargera de les appliquer.

Le traitement médicamenteux:

- Sédation par un traitement médicale les premiers jours;
- TTT en fonction de l'étiologie :

➢ S'il s'agit d'un trouble dépressif majeur:

- les Antidépresseurs;
- et/ou Anxiolytiques et hypnotiques: Co-prescrits pour traiter l'anxiété, les troubles de sommeil ainsi que pour prévenir la levée d'inhibition.

- Si maladie mentale isolée ou associée à la dépression:
  - la schizophrénie: Neuroleptiques
  - les troubles anxieux: ATD.
  - Alcoolisme chronique: anxiolytiques et neuroleptiques si nécessaire.
  - le traitement d'une pathologie organique en cas de dépression secondaire.

c- Le soutien psychologique :

- Définir et mettre en place des alternatives valables au projet suicidaire+++
- La préparation de la sortie de l'établissement de soins doit être préparée soigneusement et adaptée à chaque cas.
- Repérer éléments positifs de la vie du patient et de sa personnalité, même s'il n'est pas toujours capable de les percevoir lui- même.
- L'association des thérapies comportementales et cognitives au traitement pharmacologique antidépresseur est privilégiée, elle accélère la rémission clinique, réduit le taux des rechutes et des récidives.

Conclusion :

Devant une TS : il ne faut pas oublier les réflexes suivants :

Evaluation de l'urgence vitale et fonctionnelle et mise en condition du malade.

Ne pas toujours lier un acte suicidaire à un état dépressif.

Ne jamais sous estimer un geste suicidaire